

TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO ODONTOLÓGICO

Dados do Titular

Nome (Completo, sem abreviações)		Sexo	CPF	
End.				Número
Bairro	Cidade		Estado	CEP
Data de Nascimento	Telefone Fixo	Telefone Celular	E-MAIL	Nº MATRICULA
Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)				
Data de Admissão	Nome da Empresa			

Plano Oferecido

Plano	Descrição Resumida	Valor por Pessoa
Plano UniMaster	CONVENIO/STIUEG	R\$14,00/mensais

Inscrição de Beneficiários Dependentes

Nome (Completo, sem abreviações)	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF (Se possuir)	Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)	
Nome (Completo, sem abreviações)	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF (Se possuir)	Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)	
Nome (Completo, sem abreviações)	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF (Se possuir)	Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)	
Nome (Completo, sem abreviações)	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF (Se possuir)	Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)	

Solicito minha inclusão e de meus dependentes abaixo, no Plano odontológico contratado com a UNIODONTO GOIÂNIA – Plano Uni Master/CONVENIO/STIUEG, ao tempo que declaro ter amplo conhecimento das condições contratuais, especialmente das coberturas, carências e prazo mínimo de permanência no plano (12 meses, exceto por desligamento). Autorizo desconto em minha folha de pagamento, com posterior envio mensal ao STIUEG da seguinte forma: Taxa de Inscrição: R\$ 0,00 por pessoa, Mensalidade no valor de R\$ 14,00 (quatorze reais) por pessoa.