

**INSTITUIÇÃO CONTRATANTE:**

Dados dos Beneficiários:

 **TITULAR**

 Nome do Titular (Sem Abreviatura) Data Nasc. Sexo

 CPF nº RG: PIS:

 Nome da Mãe (Sem abreviatura) Cartão Nacional de Saúde (CNS)

 CEP: Endereço: Nº

 Complemento Bairro:

 Cidade: Estado:

 E-mail: Fone Fixo: Fone Celular
**NOME DO(S) DEPENDENTE(S) (Sem abreviatura)**

 Nome do Usuário: Data Nasc. C.P.F. RG

 Nome da Mãe DNI Sexo CNS G.Parentesco

 Nome do Usuário: Data Nasc. C.P.F. RG

 Nome da Mãe DNI Sexo CNS G.Parentesco

 Nome do Usuário: Data Nasc. C.P.F. RG

 Nome da Mãe DNI Sexo CNS G.Parentesco

 Nome do Usuário: Data Nasc. C.P.F. RG

 Nome da Mãe DNI Sexo CNS G.Parentesco

 Nome do Usuário: Data Nasc. C.P.F. RG

 Nome da Mãe DNI Sexo CNS G.Parentesco

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado e acima identificado, na qualidade de associado (a) do Sindicato dos Trab. do Setor Agrop. e Fund. Do Pará - STAFPA, declaro total responsabilidade pelas informações fornecidas sobre o titular e seu(s) dependente(s) acima identificado(s) perante ao plano de saúde odontológico UNIODONTO, contratada por esta junto a **UNIODONTO - Belém- COOPERATIVA DE ASSISTENCIA A SAUDE ODONTOLOGICA**, estabelecida nesta capital à Av. Gentil Bittencourt Nº 1212-Belém-PA, bem como assumo inteira responsabilidade sobre as declarações que aqui presto, quanto a sua veracidade sobre o ônus que venha a causar à empresa, por uso inadequado de meus direitos ou procedimentos não cobertos no contrato, mesmo que por qualquer pretexto, tendo em vista que declaro conhecer, por inteiro, o teor do presente contrato: firmo a presente **Ficha de Adesão**.

**OBS.: O Valor do seguinte contrato é R\$** \_\_\_\_\_ Valor por extenso

 Belém-PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de **2019**

 \_\_\_\_\_ **Nome da Empresa Contratante** \_\_\_\_\_ **Nome do Associado Titular**