

COOPERATIVA UNIÃO DOS DENTISTAS DO ESTADO DO CEARA

C.N.P.J: 02889453/0001-46 - Insc. Municipal - 148414-1

Proposta de Admissão de Assistência Odontológica

Matricula:	Contrato:
------------	-----------

DADOS DO TITULAR / RESPONSÁVEL

Nome Completo: _____ Titular
 Responsável

FILIAÇÃO Pai: _____

Mãe: _____

Nascimento:	CPF:	Identidade:	Org. Emissor:
-------------	------	-------------	---------------

Local de Trabalho: (No caso de Contrato empresa fornecer somente o código da empresa) _____ Telefone Comercial _____

Endereço do Trabalho: _____ Renda Familiar: _____

Endereço para Correspondência: _____

Logradouro e número _____ Telefone Residencial _____

Bairro	Cidade	UF	CEP:
--------	--------	----	------

USUÁRIOS

Nº	NOMES	DATA NASC:	PLANOS	PARENTESCO	VALOR R\$
01					
02					
03					
04					
05					

Forma de pagamento: Cartão Dinheiro Cheque Venc. Mensalidade: _____ TOTAL: _____

Carencia: 30 Dias 60 Dias 90 Dias Sem Carência OBS: _____

Declaro que os dados acima são verdadeiros e assumo total responsabilidade pelos mesmos e autorizo à UNIDENTAL a pesquisá-los para verificar suas autenticidades.

Fica desde já autorizado(a) _____, descontar dos meus vencimentos, pelo período de vigência do plano supra citado, o valor total correspondente à presente Proposta de Admissão.

Reconheço a presente proposta de admissão parte integrante do contrato de prestação de serviços odontológicos, registrado em cartório sem reembolso das quantias já pagas

Data:	Assinatura do Titular:
-------	------------------------

Atenção: Se após as pesquisas a UNIDENTAL, verificar que os dados não correspondem a verdade, o contrato será automaticamente cancelado, sem reembolso das quantias já pagas.

Consultor de Vendas	Indicação: <input type="checkbox"/> RADIO, TV, JORNAL, LISTA TELEFONICA _____ <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/> AMIGOS OU PARENTES _____ <input type="checkbox"/> COOPERADO _____
---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECIBO DE PAGAMENTO **R\$**

Recebemos de _____
a importância de _____ (_____), referente ao pagamento da primeira parcela de R\$ _____ (_____), de taxa de adesão do contrato de prestação de serviço nº _____ dando um total de R\$ _____ (_____)

UNIDENTAL
COOPERATIVA UNIÃO DOS DENTISTAS DO ESTADO DO CEARÁ
Rua José Vilar 1717 - Aldeota - CEP 60125-000 - Fortaleza - CE
Fone: (85) 3433.2333 - FAX: (85) 3433 2332
seac@unidentace.com.br

Consultor de Vendas: _____
Data: _____