

Consultor:

**TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO DE PESSOA FÍSICA INDIVIDUAL / FAMILIAR
PRÉ-PAGAMENTO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA - Registrado na ANS sob o Nº. 415.454.99-1**

() PMU () FuteL () Particular (x) Outros CISTRI SAMU Matrícula:

CONTRATADA

Nome: UNIODONTO REGIONAL COOP. DE TRAB. ODONTOLÓGICO LTDA CNPJ: 26.185.199-0001-63

Inscrição Estadual: Isento End.: Av. João XXIII, 697 B. Santa Maria
CEP: 38.408-056 Fone: (34) 3228-8100

Representada neste ato por seu diretor presidente Dr. RICARDO MANOEL LOURENÇO, casado, brasileiro, odontólogo, RG 3111627568805 e CPF 771.954.771-34 e Dr. GILDÉSIO RESENDE ALVARENGA, casado, brasileiro, odontólogo, RG 729539 e CPF: 123.032.676-68, assinados perante o Cartório de Títulos e Documentos da comarca de Uberlândia, Minas Gerais, sob o nº 3253594.

CONTRATANTE

Nome: E-mail:

RG: Data de exp.: Órgão emissor: Sexo: F() M()

CPF: Estado civil: Data Nascimento:

CNS Nº: Nome da mãe:

Endereço: Bairro:

Cidade: CEP: Fone: Cel.:

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome:

RG: Data de exp.: Órgão emissor: Sexo: F() M()

CPF: Estado civil: Nascimento: Parentesco:

CNS Nº: Nome da mãe:

Nome:

RG: Data de exp.: Órgão emissor: Sexo: F() M()

CPF: Estado civil: Nascimento: Parentesco:

CNS Nº: Nome da mãe:

Nome:

RG: Data de exp.: Órgão emissor: Sexo: F() M()

CPF: Estado civil: Nascimento: Parentesco:

CNS Nº: Nome da mãe:

A **UNIODONTO MINAS** segue normas internacionais rigorosas de segurança e proteção dos dados pessoais, como, por exemplo, os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Os dados pessoais informados serão utilizados especificamente para a finalidade de atendimento ao serviço contratado. Caso deseje, conheça a nossa Política de Privacidade disponível no nosso site: www.uniodontouberlandia.com.br.

() Informo que o dependente em questão é menor de idade e que autorizo, como responsável legal, o tratamento dos dados pessoais para a finalidade de atendimento ao serviço contratado.

Com Carência () Sem Carência (X)

Mensalidade por usuário inscrito: **R\$ 19,90** Taxa única de adesão: **ISENTO**

Mensalidade Total: **R\$** **VALOR TOTAL PAGO: R\$**

Responsável: CPF: RG:

REGIME DE CONTRATO - EDIÇÃO 2016
Individual e Familiar

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TITULAR / RESPONSÁVEL

Declaro que conheço os termos de Contrato Particular de Assistência Odontológica, cuja cópia fiel encontra-se na **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, registrada sob o nº. 415.454/99-1, efetuada em 16/07/1999** e atualizada conforme RN 195 em 01/12/2010, além de registro no Cartório de Títulos e Documentos da comarca de Uberlândia, Minas Gerais, sob o nº3253594.

Declaro, ainda, ter recebido o CONTRATO ampliado juntamente com a 2ª via do Termo de Adesão. Declaro também que, anteriormente a adesão ao plano contratado, recebi desta operadora o Manual de Orientação para contratação de Plano de Saúde - MPS, o qual pude ler e compreender os termos da presente contratação. Declaro também que recebi o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e na qualidade de titular responsável pelos beneficiários nomeados na 'Proposta de Adesão' constante na ficha de inscrição nos quais assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelos pagamentos dos valores a que este plano der causa, bem como o efetivo cumprimento das demais condições e obrigações avançadas neste instrumento pelo prazo de 24 meses contratado nesta 'Proposta de Adesão', que agora subscrevo. Autorizo, ainda, receber da Uniodonto SMS ou e-mails.

Data Assinatura: ____/____/____

Contratante / Responsável Legal

Operadora Contratada