

**ANS - Nº 34.220-3****UNIODONTO DE SC COOPERATIVA ADM. DE CONTRATOS**

Rua: Vitória 123 - Bairro: Centro - Cep: 89010-250 - Blumenau - SC

Fone/Fax: (47) 3037 8000 - CNPJ: 02.338.268/0001-63 - I. E.: Isenta

Visite nossa página www.uniodonto-sc.com.br**PROPOSTA DE ADESÃO DE USUÁRIOS****EMPRESA: SINASEFE- SEÇÃO SINDICAL IFSC****CÓD. DA EMPRESA:****CNPJ: 03.658.820/0035-02****CÓD. DA COOPERATIVA :**☐ **NOVA INCLUSÃO**☐ **INCLUSÃO DEPENDENTE(S)**☐ **TRANSFERENCIAS**☐ **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO****DADOS DO TITULAR*****NOME:****CÓD. USUÁRIO****PLANO:****CIDADE PARA ATENDIMENTO:****SEXO:** ☐ MASC. ☐ FEM.**ESTADO CÍVIL:*****DATA NASC.:*****NATURALIDADE:*****CPF:****RG:*****CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:*****NOME DA MÃE:*****NOME DO PAI:****ENDEREÇO RESIDENCIAL****RUA:****Nº****ANDAR:****APTO:****BAIRRO:****CIDADE:****CEP:****FONE:****CELULAR:****E-MAIL:****DADOS DO DEPENDENTE 01** (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)***NOME:****GRAU DE PARENTESCO****PLANO:****CIDADE PARA ATENDIMENTO:****SEXO:** ☐ MASC. ☐ FEM.**ESTADO CÍVIL:*****DATA NASC.:*****NATURALIDADE:*****CPF:****RG:*****CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:*****NOME DA MÃE:*****NOME DO PAI:****ENDEREÇO RESIDENCIAL** ☐ **MESMO DO TITULAR****RUA:****Nº****ANDAR:****APTO:****BAIRRO:****CIDADE:****CEP:****FONE:****CELULAR:****E-MAIL:**

DADOS DO DEPENDENTE 02 (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)			
*NOME:			
GRAU DE PARENTESCO			PLANO:
CIDADE PARA ATENDIMENTO:			
SEXO: () MASC. () FEM.		ESTADO CÍVIL:	
*DATA NASC.:		*NATURALIDADE:	
*CPF:		RG:	
*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:			
*NOME DA MÃE:			
*NOME DO PAI:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL () MESMO DO TITULAR			
RUA:			
Nº	ANDAR:	APTO:	BAIRRO:
CIDADE:			CEP:
FONE:		CELULAR:	
E-MAIL:			

DADOS DO DEPENDENTE 03 (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)			
*NOME:			
GRAU DE PARENTESCO			PLANO:
CIDADE PARA ATENDIMENTO:			
SEXO: () MASC. () FEM.		ESTADO CÍVIL:	
*DATA NASC.:		*NATURALIDADE:	
*CPF:		RG:	
*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:			
*NOME DA MÃE:			
*NOME DO PAI:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL () MESMO DO TITULAR			
RUA:			
Nº	ANDAR:	APTO:	BAIRRO:
CIDADE:			CEP:
FONE:		CELULAR:	
E-MAIL:			

SOLICITO A INCLUSÃO DO(S) USUÁRIO(S) ACIMA MENCIONADO(S) E AUTORIZO DESCONTAR EM MINHA CONTA CORRENTE OU BOLETO BANCÁRIO OS RESPECTIVOS VALORES.

ASSINATURA DO TITULAR:_____

ASSINATURA E/OU CARIMBO DA EMPRESA:_____

*** Todos os dados deverão ser preenchidos e sem abreviações**

movimentacaousuario@uniodontosc.com.br