1. ***Identificação da Empresa***

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ** | 00.981.142/0001-87 |
| **EMPRESA** | SINDAGUA/MS |

1. ***Identificação do Beneficiário Titular***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | **Sexo** | [ ] F [ ] M |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  | **Órgão Expedidor** |  |
| **Nome da Mãe Completo** |  |
| **Nome do Pai Completo** |  |
| **Idade** |  | **Cartão Nacional de Saúde** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |

1. ***Endereço***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Endereço** |  | **Número** |  |
| **Complemento** |  | **Bairro** |  |
| **CEP** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone 1** |  | **Telefone 2** | [ ]  |

1. ***Identificação do Dependente (1)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | **Sexo** | [ ] F [ ] M |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  | **Órgão Expedidor** |  |
| **Nome da Mãe Completo** |  |
| **Grau Parentesco** | [ ] Cônjuge [ ] Filho (a) [ ] Pai [ ] Mãe [ ] Agregado |
| **Idade** |  | **Cartão Nacional de Saúde** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** | [ ] | **D.N.V** |  |

1. ***Identificação do Dependente (2)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | **Sexo** | [ ] F [ ] M |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  | **Órgão Expedidor** |  |
| **Nome da Mãe Completo** |  |
| **Grau Parentesco** | [ ] Cônjuge [ ] Filho (a) [ ] Pai [ ] Mãe [ ] Agregado |
| **Idade** |  | **Cartão Nacional de Saúde** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** | [ ] | **D.N.V** |  |

1. ***Identificação do Dependente (3)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | **Sexo** | [ ] F [ ] M |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  | **Órgão Expedidor** |  |
| **Nome da Mãe Completo** |  |
| **Grau Parentesco** | [ ] Cônjuge [ ] Filho (a) [ ] Pai [ ] Mãe [ ] Agregado |
| **Idade** |  | **Cartão Nacional de Saúde** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** | [ ] | **D.N.V** |  |

1. ***Identificação do Dependente (4)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo** |  | **Sexo** | [ ] F [ ] M |
| **CPF** |  | **Data de Nascimento** |  |
| **RG** |  | **Órgão Expedidor** |  |
| **Nome da Mãe Completo** |  |
| **Grau Parentesco** | [ ] Cônjuge [ ] Filho (a) [ ] Pai [ ] Mãe [ ] Agregado |
| **Idade** |  | **Cartão Nacional de Saúde** |  |
| **Naturalidade** |  | **Nacionalidade** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** | [ ] | **D.N.V** |  |

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ abaixo assinado e acima identificado, na qualidade empregado do(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** autorizo o desconto em folha, do valor correspondente a(s) mensalidade(s) do(s) titular e dependente(s) acima identificado(s) referente ao plano de saúde odontológico UNIODONTO, contratada por este SINDICATO, junto a **UNIODONTO CAMPO GRANDE-MS SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**, estabelecida nesta capital à Rua Antônio Maria Coelho, Nº 1463 - Centro, bem como assumo inteira responsabilidade sobre as declarações que aqui presto, quanto a sua veracidade, tendo em vista que declaro conhecer, por inteiro, o teor do presente contrato. Firmo a presente Ficha de Adesão.

 de de 2021

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA DO TITULAR**