

1. DADOS DA EMPRESA ASSOCIADA

Código de Associação:

CNPJ:

Razão Social:

Nome Fantasia:

Nome do Representante Legal:

2. TITULARES

	Nome do Beneficiário	CPF	Nascimento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

3. DEPENDENTES

Relacionar o código do Titular do quadro acima ao lado no nome

	Nome do Beneficiário	CPF	Nascimento

MENSALIDADE POR VIDA R\$ 36,25
TAXA DE INCLUSÃO R\$ 10,30

ANEXAR DOCUMENTOS

Para Titulares:

- Comprovante de vínculo empregatício;
- RG e CPF;

Para Dependentes:

- Certidão de Nascimento (crianças sem RG e CPF)
- Certidão de Casamento (cônjuges)
- RG e CPF;

Autorizo a inclusão das pessoas relacionadas no quadro 2 e 3 ao convênio, conforme cláusulas contidas no Termo de Adesão ao Contrato de plano Privado de Assistência à Saúde firmado entre a empresa identificada no quadro 1, denominada CONTRATANTE, com o Sindilojas Porto Alegre para cessão de direito de uso do Convênio firmando entre Sindilojas Porto Alegre e Uniodonto Porto Alegre.

Representante Legal:

Nome:
CPF: