

# Proposta de Adesão Cartão Desconto



Proposta de adesão número:

Tipo de Cartão:  Master

Local de Atendimento:  Rede Coife Odonto:  
 No município  
 No estado

Incl. Titular  Incl. Dependente  
 Titular Cobrança  Exclusão

\*Campos obrigatórios para validação do cadastro

|  |  |                       |  |   |      |                                     |                 |
|--|--|-----------------------|--|---|------|-------------------------------------|-----------------|
| Empresa*   |  |                       |  | Cód. Empresa*   |      |                                     |                 |
| Proponente Titular*  |  |                       |  | Cód. Vip*   |      |                                     |                 |
| Filiação do Titular (pai e mãe)*                               |  |                       |  | Início Vigência*  |      |                                     |                 |
|  |  |                       |  | Nº do PIS   |      | Cód. Vendedor*                      |                 |
| Data de nascimento*  |  | CPF*                  |  | Cédula de identidade/RG (Nº - UF)*  |      | Sexo*                               | Estado civil*   |
| / /  |  |                       |  |   |      |                                     |                 |
| Endereço Residencial (Rua, Av. etc.)*                          |  |                       |  |   |      | Nº                                  |                 |
| Complemento*   |  | Bairro*               |  | Município*  |      | CEP*                                | Estado*         |
| Telefone comercial*  |  | Telefone residencial* |  | Telefone celular*   |      | Ocupação*                           | E-mail*         |
| ( )  |  | ( )                   |  | ( )   |      |                                     |                 |
| <b>Dependentes</b>   |  |                       |  |   |      |                                     |                 |
| 01   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| Nome da Mãe*   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| 02   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| Nome da Mãe*   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| 03   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| Nome da Mãe*   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| 04   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| CPF*   |  | RG                    |  | Cartão Nacional de Saúde  |      |                                     |                 |
| Nome da Mãe*   |  |                       |  | Nascimento  | Sexo | Parentesco                          | Valor Per Capta |
|  |  |                       |  | / /   |      |                                     |                 |
| Códigos para indicação de Estado Civil (E.C.):                 |  |                       |  | Códigos para indicação de grau de Parentesco (Parent):                            |      |                                     |                 |
| 1 = Solt. / 2 = Cas. / 3 = Sep. Jud. / 4 = Divorc. / 5 = Viúvo |  |                       |  | 1 = Cônj. / 2 = Filho / 3 = Pais / 5 = Comp. / 6 = Tut. / 7 = Agreg. / 8 = Outros |      |                                     |                 |
|  |  |                       |  |   |      | Valor da mensalidade do cartão R\$: |                 |

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR (por si e por seus Dependentes)

1. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, inclusive quanto aos prazos e descontos constantes dessa proposta e do contrato, não tendo quaisquer dúvida com a relação à sua aplicação.
2. Declaro, para todos os fins e efeitos, que tenho pleno conhecimento de que eventuais descontos adicionais concedido pela clínica, não alterará as demais condições contratuais, principalmente aquelas relativas a limitações de descontos e exclusões.
3. Os descontos não são acumulativos.
4. Declaro estar ciente que as faltas as consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 6 (seis) horas, deverão ser indenizadas ao Prestador de serviços (Clínica Coife Odonto).
5. Declaro estar ciente que para rescindir o presente contrato será necessário o pagamento à vista de uma multa fixada no valor de 6 (seis) mensalidades.
6. Autorizo efetuar o desconto das mensalidades acima descritas em minha folha de pagamento.
7. Declaro estar ciente de que não é plano de saúde.

Local

Data

Assinatura do proponente