

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*			
Dependentes											
01					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
CPF*			RG			Cartão Nacional de Saúde					
Nome da Mãe*					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
02					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
CPF*			RG			Cartão Nacional de Saúde					
Nome da Mãe*					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
03					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
CPF*			RG			Cartão Nacional de Saúde					
Nome da Mãe*					Nascimento / /		Sexo	Parentesco		Valor Per Capta	
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.): 1 = Solt. / 2 = Cas. / 3 = Sep.Jud. / 4 = Divorc. / 5 = Viúvo					Códigos para indicação de grau de Parentesco (Parent): 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