

NOME

CPF

TELEFONE RESIDENCIAL (DDD+Nº)

TELEFONE CELULAR (DDD+Nº)

CIDADE

UF

E-MAIL

EMPRESA

DIFERENCIAIS PARA FAZER VOCÊ SORRIR



Cobertura
para diversos
procedimentos
odontológicos



Ampla
rede de dentistas
em todas as
especialidades



Liberação
eletrônica dos
tratamentos.



App para
smartphones
que facilita o
uso do plano



Investimento
em segurança e
tecnologia



Garantia
dos serviços
prestados

COBERTURA

- Urgências
- Exames Clínicos
- RX (Periapical, Bite Wing, Panorâmica Simples)
- Profilaxia (Limpeza)
- Restaurações (Amálgama e Resina)
- Endodontia (Tratamento/Retratamento de Canal e Polpa Dentária)
- Periodontia (Limpeza de Tártaro Simples)
- Cirurgia (Exodontia Simples e Sisos)
- Odontopediatria (Aplicação de Selante e Flúor)

ALGUNS PROCEDIMENTOS COM PREÇO DE TABELA DENTAL UNI

- Próteses;
- Implantes;
- Clareamento;
- Estética;
- Ortodontia;
- Cirurgias;

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

4007 2400
(Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 643 4300
(Demais Localidades)

www.dentaluni.com.br

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a SINDIFISC SIND.EMP.CON.S.ORD.FISC EX a descontar o valor assinalado abaixo referente ao plano odontológico DENTAL UNI.

DATA

--	--	--	--	--	--

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DEPENDENTES

Cônjuge, Filhos, Pais, Enteado e Convivente.

- I. O Cônjuge;
II. Os filhos solteiros que permanecem sob dependência do TITULAR RESPONSÁVEL;
III. O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelar, que ficam equiparados aos filhos;
IV. O convivente, havendo união estável, na forma de lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge;
V. Pais do titular.

PERMANÊNCIA NO PLANO

PERÍODO DE 12 MESES

O contrato tem validade de 12 meses. O colaborador que por ventura cancelar o contrato antes dos primeiros 12 meses contratados a partir da data de inscrição pagará a título de cláusula penal o equivalente as mensalidades vincendas das parcelas que faltam para completar 12 meses de contrato.

DESLIGAMENTO DA EMPRESA
Cancelamento imediato



DADOS DO BENEFICIÁRIO

[illegible][illegible][illegible][illegible]

UF		CEP				TELEFONE RESIDENCIAL (DDD+N°)								TELEFONE CELULAR (DDD+N°)							

NOME COMPLETO DA MÃE	CO-RESPONSABILIDADE TUTELAR

[illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR				DATA DE EXPEDIÇÃO				PARENTESCO			

[illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR			DATA DE EXPEDIÇÃO			PARENTESCO				

[illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR				DATA DE EXPEDIÇÃO				PARENTESCO			

[illegible]