

NOME

CPF

TELEFONE RESIDENCIAL (DDD+Nº)

TELEFONE CELULAR (DDD+Nº)

CIDADE

UF

E-MAIL

EMPRESA

331789

ANS - nº 304484

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

- Próteses;

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**.

- **PLANO ELITE**- R\$ 19,44 mensais por pessoa.
- 264 Procedimentos
- Isento de taxa de adesão
- Sem carência / Sem Coparticipação

DATA

--	--	--	--	--

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DEPENDENTES

Caso tenha dependentes, preencher o verso.

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

PERMANÊNCIA NO PLANO

PERÍODO DE 12 MESES

- A partir da inscrição dos beneficiários.

CANCELAMENTO

- A qualquer momento;

Obs: Antes do término dos 12 meses, multa no valor das parcelas vincendas.



DADOS DO BENEFICIÁRIO

[illegible][illegible]

CARTÃO DO SUS	ENDEREÇO RESIDENCIAL

[illegible][illegible]

NOME COMPLETO DA MÃE															CO-RESPONSABILIDADE TUTELAR														

[illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR				DATA DE EXPEDIÇÃO				PARENTESCO			

[illegible][illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR				DATA DE EXPEDIÇÃO				PARENTESCO			

[illegible][illegible]

RG										ÓRGÃO EXPEDIDOR				DATA DE EXPEDIÇÃO				PARENTESCO			

[illegible]