Poços de Caldas
 Três Corações

 Rua Tutóia, 51 - Jd. dos Estados
 Praça Tenente Palestino, 34 - Centro

 Fone: (35) 3712-7222 / Fax: (35) 3722-1269
 Fone/Fax: (35) 3232-4147



IERM	DE ADE	SAOA	CONTRAT	O COLETI	VO			TII	PO PLA	ANO
Empresa:								_ [PRÉ-	-PAGAMENTO
Proposta	N.º:			Dar	ta:		_/		MIST	0
- DADOS	S DO TITULAF	2								
Nome:							Data Nas	scimento:		Sexo:
CPF:		CNS		Nome do Respons	ável (no	caso de titula	ar menor ou	ı incapaz):	Estad	do Civil:
PIS/PASEP:			RG:		Órgão	Expedidor:		Data da B	Expedição	
	Pai:								-	,
Filiação:	Mãe:									
				The Manual				esta di		
- ENDER	REÇO DE RES	IDÊNCIA I	EDOMICÍLIO	- 63-2						
Logradouro (Rua, Avenida, Praça	a, etc.)							N° Comple	emento:
Bairro:			Cidade:			CEP:			UF:	
Fone Resider	ncial:		Fone Comercial:		Celula	ar:		E-mail:		
B - DEPEN	IDENTES			Albini	1					
1 - Nome:							Data Nas	scimento:		Sexo:
CPF:		CNS		Nome do Respons	ável (no	caso de titula			Estac	do Civil:
		CNS		Nome do Respons		10.7 DC 10. C	ar menor oc			o Laboration
PIS/PASEP:			RG:		Orgad	Expedidor:		Data da E	Expedição	
Filiação:	Pai:			Monoto ca Automo	li i yali	Sub-odopsin	mins8		nguo ve	result by 2 sh
r mação.	Mãe:				ta ind	ringe to	a 10.00 to	Apac by		etros para
2 - Nome:					emiling s		Data Nas	scimento:		Sexo:
		LONG		Nome de Respons	ával (na	coso do titulo			Estad	do Civil:
CPF:		CNS	And and the	Nome do Respons	5 0101	12.00	ar menor oc		1540	
PIS/PASEP:			RG:		Orgão	Expedidor:		Data da E	Expedição	
Filippão:	Pai:									
Filiação:	Mãe:									
							Data Nas	cimento:		Sexo:
3 - Nome:			esb acbi	60 stuccod		1 26 1			F-4	
CPF:		CNS		Nome do Respons			ar menor ou			do Civil:
PIS/PASEP:			RG:		Orgão	Expedidor:		Data da E	Expedição	
	Pai:									
Filiação:	Mãe:		1430							
							Dot- N-	oimonts:		Sexo:
4 - Nome:	E E TOMET DE						Data Nas		1	
CPF:		CNS		Nome do Respons			ar menor ou			do Civil:
PIS/PASEP:			RG:		Órgão	Expedidor:		Data da E	Expedição	
	Pai:									
Filiação:	Mãe:									

 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. 	Pai: Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG. Orgão Expedidor: Data da Expedição: PIS/PASEP: RG. Orgão Expedidor: RG. Orgão Expedição: PIS/PASEP: RG. Orgão Expedidor: RG. Orgão Expedição: RG. Orgão E	PISIPASEP RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição Alabel Associado, Male CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PISIPASEP RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição Mále: 7 - Nome: Data Nasomento: Sexo CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PISIPASEP RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição PISIPASEP RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição Deta da Expedição: Data da Expedição Pai: Fillação: Male: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Data da Expedição: Data da Expedição: Data da Expedição: Orgão Expedidor: Data da	PIS/PASEP:	O ROMEU										
Filiação: Pai: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data Nascimento: Sexo: Pai: Filiação: Pai: Filiação: Pai: Filiação: Pai: Filiação: Pai: Añãe: DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identification de la contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações: 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despessas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim SI DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as infonacima.	Pai: Data Nascimento Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PisipaSEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Data da Expedição: Pai: Pai: Data Nascimento: Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai:	Pali: Pali			C	NS			Nome do Res	ponsável (no caso	de titular meno	r ou incapaz):	Estado C	Civil:
Filiação: Mãe: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: Pai: PA	Filiação: Mãe: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data Nascimento: Sexo: Pai: Filiação: Mãe: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: Sexo: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Data da Expedição: Data da Expedição: Estado Civil: Politiação: Pai: Filiação: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificación de acidado de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que la se termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas as complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, (tempo minimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sen So DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuals, declaro serem verdadeiras as informatidado per la contrato de pagamento, a vigência do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário.	Filiação: Pai: Pai: Pai: Pai:	Filiação:				RG:			Órgão Expe	didor:	Data da Ex	pedição:	
Data Nascimento: Sexo	Mae: Data Nascimento: Sexo: Se	Mae Data Nascimento Sexo	Filiação:	Pai:	OGIT			OA	THELIO	TRATO	A CON	DESAO	A BU	CIMH
Data Nascimento: Sexo: S	Data Nascimento: Sexo:	Data Nascimento Sexo	TMEMAE		L/ III									1,219,11
Pai: Filiação: Pai: Pis/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Pis/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data Nascimento: Sexo: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data Nascimento: Sexo: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data Nascimento: Sexo: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Pis/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Pis/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Pis/PASEP: Añão: Não: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado e la contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Pa	Pai:		iviae.										
Pai: Pai: Data Nascimento: Sexo: Sexo: Pai:	PISIPASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PISIPASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica e que la complementar do quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas au complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades. 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Pai: Māe: Data Nascimento: Sexo:	6 - Nome:								Data	Nascimento:		Sexo:
Pai: Pai: Data Nascimento: Sexo: Sexo: Pai:	PISIPASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PISIPASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica e que la complementar do quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas au complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades. 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Pai: Māe: Data Nascimento: Sexo:	ODE			'NIC			Nome do Res	nonsável (no caso	de titular meno	or ou incapaz):	Estado C	Divil:
Pai: Mâe: Mâ	Pai: Mâe: Data Nascimento: Sexo: Sexo: Pai: Pai: Pai: Pai: Pai:	Pai: Data Nascimento: Sexo: Sexo: Pai: Pai: Pai: Pai: P	CPF.			NO	0, 11		Tromo do reo					
Filiação: Mãe: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificação parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que fia os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário.	Filiação: Mãe: 7 - Nome: CPF: CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil: PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solícito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifi 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas acomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo minimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência	Pal: Fillação: Pal: Pal:	PIS/PASEP:				RG:		around to be	Orgão Expe	didor:	Data da Ex	(pedição:	
Pai: Filiação: Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim SO DIAS SO DIAS SO DIAS SO DIAS SO DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Data Nascimento: Sexo:	Pai:		Pai:		ni	1000	ns i nana						
PES/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifi 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas acomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim SO DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Filiação: Pai: Pai:	Filiação:	Mãe:										
PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Filiação: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	PIS/PASEP: RG: Orgão Expedidor: Data da Expedição: Pai: Mãe: DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifi 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas acomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim SO DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	CNS Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz): Estado Civil:												
Pal: Pal: DECLARAÇÃO Data da Expedição: Data da Expedição: Declaro: Pal: Mãe: DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO DECLARAÇÃO DECLARAÇÃ	Pai: Pai: DECLARAÇÃO	PISI/PASEP: Pai:	7 - Nome:				,				Data	Nascimento:	-	Sexo:
Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificada parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas acomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmenta que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Máe: Máe: Máe: Máe:	CPF:			CNS			Nome do Res	ponsável (no caso	de titular mend	or ou incapaz):	Estado C	Civil:
Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificada que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas accomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmenta que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Pai: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe: Máe:					BC:			Órgão Eype	didor:	Data da Ey	rnedicão:	
DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como títular do plano e de meus dependentes acima identifi 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não ODIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificativa de parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas accomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Sim Sim Sim Sim Sim DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas aos complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Periodontia Endodontia Poços de Caldas, de de 2.0	PIS/PASEP:			-	KG:			Organ Expe	G.301.	Data da E/	.podiyao.	
DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifiz 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas accomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Dentística Radiologia Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	DECLARAÇÃO Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas aos complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Periodontia Endodontia Poços de Caldas, de de de 2.0		Pai:										
Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim So DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificativa de parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas accomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim SIM DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas aos complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Prevenção Periodontia Endodontia Proços de Caldas, de de 2.0	Filiação:	Mãe:		. 11				III Wanner				
Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas a complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificado parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas accomplementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim Não 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informacima.	Declaro: 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identifica 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE; 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações; 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas aos complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes; 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades; 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário. Carência Sim 30 DIAS 60 DIAS 90 DIAS Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima. Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informa acima.												
acima.	Dentistica acima. Radiologia	Dentística Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia Poços de Caldas,dede 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que ass	co parte os termos ilidade p sumo o	do Quadro s do contra or minhas pagament	o de associato firmado declaração da Rem	ciado, sind o, aceitano čes; uneração (ano) em r	licalizados do-o sem r de Dispon neu nome	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d	ios da empresa odas as suas cl ntológica - RDO ependentes;	CONTRATA áusulas e co , mensalida	NTE; ondições, assi des e as desp	umindo tot esas relat	tal tivas aos
acima.	Dentistica acima. Radiologia	Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia Poços de Caldas, de de 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as complemen 5 - Que rec	co parte is termos ilidade p sumo o ntares (r cebi amp	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do quantrato, ter	ciado, sindo, aceitano o, aceitano ões; uneração (ano), em r e está sen	de Disponi meu nome	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; Ilmente no que o olano e as minha	CONTRATA áusulas e co , mensalida diz respeito a as responsal	.NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades;	umindo tot esas relat formas de	tal tivas aos
	Dentistica Radiologia	Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia Poços de Caldas, de de 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complement 5 - Que rec pagamento 6 - Que no	co parte os termos ilidade p sumo o ntares (r cebi amp o, a vigê ato de a	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Disponimeu nome do contration de permitica de permitica do contration de permitica do contration de permitica de permit	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
		Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia Poços de Caldas, de de 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complement 5 - Que rec pagamento 6 - Que no	co parte os termos ilidade p sumo o ntares (r cebi amp o, a vigê ato de a	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
	Prevenção	Periodontia Endodontia Cirurgia Poços de Caldas,dede 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemen 5 - Que rec pagamento 6 - Que no	co parte os termos ilidade p sumo o ntares (r cebi amp o, a vigê ato de a	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
		Endodontia Cirurgia Poços de Caldas,dede 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemen 5 - Que rec pagament 6 - Que no Carência Radiologia	co parte os termos ilidade p sumo o ntares (r cebi amp o, a vigê ato de a	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
Periodontia		Cirurgia Poços de Caldas, de de 2.0	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que asi complemen 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção	co parte os termos ilidade p sumo o parte (r cebi ampo, a vigê ato de a	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
Endadada	D 4 C-14-2 do de 2.0		1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complement 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia	co parte es termos stermos ilidade p sumo o parte sumo o	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terri	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
D de Coldes de 20		Odontopediatria	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemet 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia	co parte es termos stermos ilidade p sumo o parte sumo o	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terr	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do das disposiç	ios da empresa codas as suas clantológica - RDC ependentes; ilmente no que colano e as minha Termo de Adesã.	contrata áusulas e co , mensalida diz respeito : is responsal io e o Manua s, declaro :	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu deiras as	tal e uário.
D de Coldes de 20		Odomopodiama	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemet 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia	co parte se termos se termos ilidade p sumo o parte se termos contratores (recebi ampo, a vigên ato de a Não	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terr	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do das disposiç	ios da empresa codas as suas clantológica - RDC ependentes; ilmente no que colano e as minha Termo de Adesã.	contrata áusulas e co , mensalida diz respeito : is responsal io e o Manua s, declaro :	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu deiras as	tal e uário.
To deduction	D = 1- C-14-2 do de 2.0	Cirurgia 1 o ços de dardas,	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complement 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia	co parte es termos stermos ilidade p sumo o parte sumo o	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terr	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do	ios da empresa codas as suas cl ntológica - RDO ependentes; ilmente no que o olano e as minha Termo de Adesã	ausulas e co , mensalida diz respeito a las responsal lo e o Manua	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu	tal tivas aos e uário.
D de Coldes de 20		Odonfopediatria	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemet 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia	co parte es termos stermos ilidade p sumo o parte sumo o	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terr	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do das disposiç	ios da empresa codas as suas clantológica - RDC ependentes; ilmente no que colano e as minha Termo de Adesã.	contrata áusulas e co , mensalida diz respeito : is responsal io e o Manua s, declaro :	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu deiras as	tal e uário.
Cirurgia Poços de Caldas, de de 2.0		Осторования	1 - Que pel 2 - Que faç 3 - Que li o responsabi 4 - Que as: complemet 5 - Que rec pagamento 6 - Que no Carência Dentistica Radiologia Prevenção Periodontia Endodontia Cirurgia	co parte se termos se termos ilidade p sumo o parte se termos contratores (recebi ampo, a vigên ato de a Não	do Quadro s do contra or minhas pagament não cobert bla explica ncia do co assinatura	o de associato firmado declaração da Remos pelo ploção do que ntrato, ter deste terr	ciado, sindo, aceitano o, aceitano čes; uneração o ano), em r e está sen npo mínim mo, recebi	de Dispon meu nome ndo contrat no de perm cópia do	ou funcionár reservas em t ibilidade Odo e de meus d tado, principa nanência no p contrato, do das disposiç	ios da empresa codas as suas clantológica - RDC ependentes; ilmente no que colano e as minha Termo de Adesã.	contrata áusulas e co , mensalida diz respeito : is responsal io e o Manua s, declaro :	NTE; ondições, assi des e as desp a cobertura, a bilidades; al de Orientaç	umindo tot besas relat formas de ão ao Usu deiras as	tal e uário.