

PROPOSTA DE ADESÃO- DENTAL UNI

❖ DADOS PESSOAIS

NOME: _____ CRO: _____

NOME MÃE _____

NOME PAI: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____

CPF: _____ PIS: _____

RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ ORGÃO EXP. _____ INSS: _____

DEPENDENTES PARA IRRF SIM NÃO (caso sim, enviar cópia certidão de nascimento/ RG)

ETNIA/COR/RAÇA:

BRANCA AMARELA NEGRO MULATO

OUTRO IDIOMA: SIM NÃO QUAIS: _____

FALA LE ESCREVE

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ N° _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

FONE: (____) _____ FONE PARA RECADO: (____) _____

FONE CELULAR: (____) _____ OUTROS PARA CONTATO: (____) _____

E-MAIL PARTICULAR _____

E-MAIL PARA RELATÓRIO: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: RESIDENCIAL COMERCIAL

❖ **DADOS COMERCIAIS:**

RAZÃO SOCIAL _____

NOME FANTASIA: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

FONE: (____) _____ CELULAR CONSULTÓRIO: (____) _____

CNPJ _____ ALVARÁ _____ DATA VALIDADE ____/____/____ CNES _____

LIC. SANITÁRIA _____ DATA VALIDADE ____/____/____

DIVIDE O CONSULTÓRIO COM OUTROS DENTISTAS? SIM NÃO

CLINICA ESPECIALIZADA/ CONSULTORIO MEDICO CONSULTÓRIO ISOLADO POLICLÍNICA.

ATENDE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS: SIM NÃO

POSSUI FÁCIL ACESSO PARA CADEIRANTES E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO: SIM NÃO

POSSUI RECEPCIONISTA? SIM NÃO THD AC:

É SÓCIO DA ABO? SIM NÃO

ATENDE CONVÊNIOS? SIM NÃO / QUAIS? _____

SEU CONSULTÓRIO POSSUI:

AR CONDICIONADO ESTACIONAMENTO PRÓPRIO WIFI DISPONÍVEL AO BENEFICIÁRIO

HORÁRIO DE ATENDIMENTO DO CONSULTÓRIO:

Seg.:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Ter:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Qua:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Qui:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Sex:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Sab.:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs
Dom:	Manhã _____ : _____ a _____ : _____ hs	Tarde _____ : _____ a _____ : _____ hs	Noite _____ : _____ a _____ : _____ hs

DENTAL UNI

☎ 4007 2525

🌐 www.dentaluni.com.br

📍 Sede Administrativa - R. Irmã Flávia Borlet, 197 - Curitiba/Pr

❖ **DADOS BANCÁRIOS:**

CONTA CORRENTE PESSOA FÍSICA CONTA CORRENTE PESSOA JURÍDICA

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____

❖ **DADOS ACADÊMICOS:**

DIA /MÊS/ ANO DA FORMATURA: _____/_____/_____ INSTITUIÇÃO: _____

APERFEIÇOAMENTO curso/Instituição: _____

ESPECIALIZAÇÃO curso/Instituição: _____

MESTRADO curso /Instituição: _____

DOUTORADO curso /Instituição: _____

MARQUE QUAL ÁREA ATUA NO CONSULTÓRIO (será divulgado no site Dental Uni).

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMA | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> ODONT P/ PAC. ESPECIAIS | <input type="checkbox"/> PERIODONTIA |
| <input type="checkbox"/> CLINICA GERAL | <input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA | <input type="checkbox"/> ODONTOPIEDIATRIA | <input type="checkbox"/> PRÓTESE BUCO- MAXILO |
| <input type="checkbox"/> DENTÍSTICA | <input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA | <input type="checkbox"/> ORTODONTIA | <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA |
| <input type="checkbox"/> DTM | <input type="checkbox"/> ODONT. DO TRAB. | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA FUNCIONAL | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> ENDODONTIA | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA LEGAL | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA BUCAL | <input type="checkbox"/> SAÚDE COLETIVA |

Declaro serem verdadeiras e exatas todas as informações por mim prestadas neste documento, estando ciente de que em caso de inexatidão dos aqui dados informados estou sujeito à responsabilização civil e criminal, bem como sujeito à reparação de todo e qualquer dano de ordem material e moral causados a DENTAL UNI e a terceiros. Comprometo-me a manter referido cadastro atualizado e na hipótese de ocorrer alterações de meus dados, obrigo-me a notificar a DENTAL UNI e a praticar todos os atos necessários, com objetivo de assegurar que a DENTAL UNI tenha ciência das alterações dos dados de meu cadastro. Declaro ainda estar ciente de todos os termos e condições dispostas do Estatuto Social da DENTAL UNI, ciente dos direitos e deveres que me serão impostos em face da presente adesão.

DATA: _____/_____/_____.

 ASSINATURA/ CARIMBO