

FOTO

PROPOSTA DE ADESAO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO		CRO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
NACIONALIDADE	NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL	RG	ORGÃO EXPEDIDOR - RG	DATA DE EXPEDIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPF	PIS/INSS	DATA DE CADASTRAMENTO DO PIS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DEPENDENTES PARA IRRF	ETNIA/COR/RAÇA	OUTRO IDIOMA	
<input type="checkbox"/> SIM <small>(caso sim, enviar cópia certidão de nascimento/RG)</small>	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MULATO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
QUAIS?			
ENDEREÇO RESIDENCIAL		NÚMERO	CEP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
BAIRRO	CIDADE	UF	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)	TEL. CELULAR (DDD+Nº)	TEL. PARA RECADO (DDD+Nº)	OUTRO TEL. PARA CONTATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL		E-MAIL PARA RELATÓRIO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA			
<input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL			
OBSERVAÇÕES:			

DADOS COMERCIAIS

<input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO PRÓPRIO	<input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ALUGADO	<input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO ARRENDADO	<input type="checkbox"/> CLÍNICA ESPECIALIZADA/CONSULTÓRIO MÉDICO	<input type="checkbox"/> POLICLÍNICA	TEMPO DE CONSULTÓRIO?
<input type="text"/>					
RAZÃO SOCIAL					
<input type="text"/>					
NOME FANTASIA (DIVULGADO NO SITE)					
<input type="text"/>					
ENDEREÇO		NÚMERO	COMPLEMENTO	CEP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
BAIRRO	CIDADE	UF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CNPJ	ALVARÁ	DATA DE VALIDADE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CNES	LICENÇA SANITÁRIA	DATA DE VALIDADE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TEL. COMERCIAL (DDD+Nº) (DIVULGADO NO SITE)	CELULAR CONSULTÓRIO (DDD+Nº) (DIVULGADO NO SITE)	DIVIDE O CONSULTÓRIO COM OUTROS DENTISTAS?		É SÓCIO DA ABO?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ATENDE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS?	POSSUI FÁCIL ACESSO PARA CADEIRANTES E COM DIFICULDADES DE LOMOÇÃO?	POSSUI RECEPCIONISTA			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> THD <input type="checkbox"/> AC:			
SEU CONSULTÓRIO POSSUI:		ATENDE CONVÊNIO?			
<input type="checkbox"/> AR CONDICIONADO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO PRÓPRIO <input type="checkbox"/> WI-FI DISPONÍVEL AO BENEFICIÁRIO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
QUAIS?					

MARQUE OS HORÁRIOS DE ATENDIMENTO PARA DENTAL UNI

SEG:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
TER:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
QUA:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
QUI:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
SEX:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
SAB:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs
DOM:	MANHÃ _____ a _____ hrs	TARDE _____ a _____ hrs	NOITE _____ a _____ hrs



DADOS ACADÊMICOS

ANO DE FORMATURA	INSTITUIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APERFEIÇOAMENTO	CURSO/INSTITUIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPECIALIZAÇÃO	CURSO/INSTITUIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MESTRADO	CURSO/INSTITUIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOCTORADO	CURSO/INSTITUIÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MARQUE EM QUAL ÁREA DE ATUAÇÃO PRETENDE ATENDER PELA DENTAL UNI

<input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMA	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTO. P/PAC. ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> PRÓTESE BUCOMAXILO
<input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA
<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA	<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA BUCAL
<input type="checkbox"/> DTM	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> CLÍNICA RADIOLÓGICA
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO ESPORTE	<input type="checkbox"/> RAO X PERIAPICAL/BITE WING	<input type="checkbox"/> 24H URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
<input type="checkbox"/> SAÚDE COLETIVA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA LEGAL	<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO SOBREAVISO	<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> ACUPUNTURA	<input type="checkbox"/> HOMEOPATIA		

MARQUE EM QUAL ÁREA É ESPECIALISTA (AUTORIZADO NO CFO E QUE SERÁ DIVULGADO NO SITE DA DENTAL UNI)

<input type="checkbox"/> CIRURGIA E TRAUMA	<input type="checkbox"/> ENDODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTO. P/PAC. ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> PRÓTESE BUCOMAXILO
<input type="checkbox"/> DENTÍSTICA	<input type="checkbox"/> IMPLANTODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOPEDIATRIA	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA
<input type="checkbox"/> DTM	<input type="checkbox"/> ODONTOGERIATRIA	<input type="checkbox"/> ORTODONTIA	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA BUCAL
<input type="checkbox"/> PERIODONTIA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/> SAÚDE COLETIVA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA DO ESPORTE	<input type="checkbox"/> HOMEOPATIA	<input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA
<input type="checkbox"/> ACUPUNTURA	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA LEGAL		

DADOS DO DEPENDENTE PARA DEDUÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

NOME COMPLETO									
<input type="text"/>									
GRAU DE PARENTESCO					DATA DE NASCIMENTO			SEXO	
<input type="text"/>					<input type="text"/>			<input type="text"/> M <input type="text"/> F	
RG	ORGÃO EXPEDIDOR - RG			UF	DATA DE EXPEDIÇÃO		CPF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

NOME COMPLETO									
<input type="text"/>									
GRAU DE PARENTESCO					DATA DE NASCIMENTO			SEXO	
<input type="text"/>					<input type="text"/>			<input type="text"/> M <input type="text"/> F	
RG	ORGÃO EXPEDIDOR - RG			UF	DATA DE EXPEDIÇÃO		CPF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

NOME COMPLETO									
<input type="text"/>									
GRAU DE PARENTESCO					DATA DE NASCIMENTO			SEXO	
<input type="text"/>					<input type="text"/>			<input type="text"/> M <input type="text"/> F	
RG	ORGÃO EXPEDIDOR - RG			UF	DATA DE EXPEDIÇÃO		CPF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		



Declaro serem verdadeiras e exatas todas as informações por mim prestadas neste documento, estando ciente de que em caso de inexistência 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 _____ de _____ de _____

ASSINATURA/CARIMBO