

FOTO

PROPOSTA DE ADEÇÃO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO															CRO														
NOME DA MÃE										NOME DO PAI																			
NACIONALIDADE					NATURALIDADE					DATA DE NASCIMENTO					SEXO														
															<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F														
ESTADO CIVIL					RG					ORGÃO EXPEDIDOR - RG					DATA DE EXPEDIÇÃO														
CPF					PIS/INSS					DATA DE CADASTRAMENTO DO PIS																			
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					COMPLEMENTO					CEP				
BAIRRO										CIDADE										UF									
TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)					TEL. CELULAR (DDD+Nº)					TEL. PARA RECADO (DDD+Nº)					OUTRO TEL. PARA CONTATO														
E-MAIL															E-MAIL PARA RELATÓRIO														
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? _____														
RAZÃO SOCIAL																																																																																									
NOME FANTASIA (DIVULGADO NO SITE)																																																																																									
ENDEREÇO															NÚMERO					COMPLEMENTO					CEP																																																																
BAIRRO										CIDADE										UF																																																																					
CNPJ										ALVARÁ										DATA DE VALIDADE																																																																					
CNES										LICENÇA SANITÁRIA										DATA DE VALIDADE																																																																					
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="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