

FOTO

# PROPOSTA DE ADESÃO

## 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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ESTADO CIVIL		RG	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CPF		PIS/INSS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DEPENDENTES PARA IRRF		ETNIA/COR/RAÇA	
<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 <small>QUAIS?</small>	
ENDEREÇO RESIDENCIAL		OUTRO IDIOMA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
BAIRRO		NÚMERO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CIDADE		COMPLEMENTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)		TEL. CELULAR (DDD+Nº)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TEL. PARA RECADÔ (DDD+Nº)		OUTRO TEL. PARA CONTATO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-MAIL		E-MAIL PARA RELATÓRIO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA		OBSERVAÇÕES:	
<input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL		<input type="text"/>	

## 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 <input type="text"/>											
NOME FANTASIA (DIVULGADO NO SITE) <input type="text"/>											
ENDEREÇO		NÚMERO		COMPLEMENTO		CEP		UF			
<input type="text"/>		<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		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
ATENDE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS?		POSSI FÁCIL ACESSO PARA CADEIRANTES E COM DIFICULDADES DE LOMOÇÃO?		POSSI 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"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> THD <input type="checkbox"/> AC:			
SEU CONSULTÓRIO POSSUI:											
<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





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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

ASSINATURA/CARIMBO