



Prefeitura Municipal de Iracemápolis

CNPJ: 45.786.159/0001-11

TERMO DE ADESÃO

“UNIODONTO”

Através deste, solicito minha inclusão no Plano Odontológico da UNIODONTO.

Sendo assim, estou ciente do desconto do Convênio em minha folha de pagamento.

Declaro também, que se tiver um saldo devedor em meu pagamento, não tendo assim condições de pagar o Convênio, estou ciente que serei cobrado pela própria Uniodonto referente ao valor da minha mensalidade.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Iracemápolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do funcionário – por extenso)

RG nº: _____

Função: _____
