



Contratação empresarial - 30 a 99 beneficiários
Período de contratação de 07/10/2019 a 31/12/2019

Reservado à Unimed-Rio

Versão
10/2019

Por meio desta, na qualidade de Representante(s) Legal(is) da Contratante identificada pela Razão Social _____ e CNPJ _____, declaro(amos) ter(mos) sido devidamente esclarecido(s) quanto às condições promocionais ora vigentes estabelecidas neste aditivo.

Promocionalmente, a Unimed-Rio permitirá a inclusão de beneficiários dependentes que tenham **um dos seguintes graus de parentesco com o titular:** filho(a), enteado(a), pai, mãe, irmão(ã), neto(a), bisneto(a), avô(ó), tio(a), sobrinho(a), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrastra e cunhado(a).

Para usufruírem da condição promocional, os beneficiários dependentes ora descritos devem constar no plano anterior de assistência odontológica da Empresa Contratante.

Esta promoção será válida somente no ato de inclusão do titular.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(s) Representante(s) do(a) Contratante