

1. Inclusão Titular  
 2. Inclusão Dependente  
 3. Inclusão Agregado

**ATENDIMENTO AO CLIENTE**

**SP (11) 3323-0700 / PR (41) 3339-8570 / SC (48) 3322-2201**

UTILIZE ESTA LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS INDICADOS:

Estado Civil: **S** - Solteiro **C** - Casado **O** - Outros **Parentesco:** **03** - Conjuge **04** - Filho(a) **05** - Enteado(a) **06** - Agregado

Empresa: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

**01. USUÁRIO TITULAR**

Nome Completo (sem abreviaturas)			Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil
CPF	RG	CNS		Data da Adesão ao plano	
Nome da Mãe do Usuário Titular (completo - sem abreviaturas)					
Endereço Residencial (Rua / Av.)			Nº	Apto.	Bloco
Bairro		CEP	Cidade		
(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Celular	E-mail			

**02. USUÁRIOS DEPENDENTES / AGREGADOS**

Nome Completo (sem abreviaturas)		Parent.	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil
CPF	A) Nome da Mãe do Dependente 01		CNS		
Nome Completo (sem abreviaturas)		Parent.	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil
CPF	A) Nome da Mãe do Dependente 02		CNS		
Nome Completo (sem abreviaturas)		Parent.	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil
CPF	A) Nome da Mãe do Dependente 03		CNS		
Nome Completo (sem abreviaturas)		Parent.	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil
CPF	A) Nome da Mãe do Dependente 04		CNS		

VALOR DO PLANO

VALOR TOTAL MENSAL

BENEFICIÁRIO CONTRIBUTÁRIO  Sim  Não

**03. EXCLUSÃO**

Demissão ou exoneração sem justa causa  Aposentadoria Se demitido, informar a data de demissão \_\_\_\_\_

Demissão ou exoneração com justa causa  Outro \_\_\_\_\_

Se contribuía, foi o beneficiário informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato?  Sim  Não

Se contribuía, o beneficiário é empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa?  Sim  Não

Se informado do seu direito de optar pela continuidade ou não do contrato - **Opção Exercida**

Continuidade do benefício  Não continuidade do benefício Data de opção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se contribuía, qual o tempo de contribuição do beneficiário para o pagamento do plano privado de assistência à saúde?

\_\_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ DIAS

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a empresa \_\_\_\_\_ a descontar mensalmente o valor de R\$ \_\_\_\_\_ referente ao pagamento da mensalidade de meu plano odontológico e de meu(s) dependente(s).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_