

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: ____/____/____