

TIPO: EMPRESARIAL

Nº no sistema _____

DADOS DO TITULAR

Nome do titular:				Data de Nascimento: / /	
RG:	Data de Expedição: / /	CPF:	Estado Civil	Nº da Certidão nascidos vivos: (A partir de 2010)	
Endereço Residencial:			Complemento	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº Cartão do SUS:
Bairro:	Nº	Cidade:		CEP:	
Fone Residencial:			Celular ou telefone de recado:		
Nome da mãe:			E-mail:		

Dados dos dependentes do titular

- | | |
|--|--|
| a) o cônjuge;
b) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
c) os filhos;
d) o enteado, menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado; que ficam equiparados aos filhos;
e) os netos e bisnetos; | f) os irmãos;
g) os pais, avós e bisavós;
h) os tios e os sobrinhos;
i) os sogros;
j) os genros e as noras;
k) os cunhados;
l) os padrastos e madrastas. |
|--|--|

Dependente 1:				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco:	Data de Nascimento: / /
RG:	Data de Expedição: / /	CPF:	Estado Civil	Nº da Certidão nascidos vivos: (A partir de 2010)		
Nome da mãe do dependente 1:						Nº Cartão do SUS (do Dependente)
Dependente 2:				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco:	Data de Nascimento: / /
RG:	Data de Expedição: / /	CPF:	Estado Civil	Nº da Certidão nascidos vivos: (A partir de 2010)		
Nome da mãe do dependente 2:						Nº Cartão do SUS (do Dependente)
Dependente 3:				Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Parentesco:	Data de Nascimento: / /
RG:	Data de Expedição: / /	CPF:	Estado Civil	Nº da Certidão nascidos vivos: (A partir de 2010)		
Nome da mãe do dependente 3:						Nº Cartão do SUS (do Dependente)

- (A) Necessário a cópia do RG, CPF, Comprovante de endereço, CNS, caso haja dependentes (menores de idade) sem RG, CPF, CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou nascido a partir de 2010, favor enviar a certidão de nascimento;
 (B) Planilha recebida sem conferência. Não haverá processamento do cadastro, caso o mesmo apresente algum dado incorreto ou incompleto, segundo as exigências da ANS de Resolução Normativa nº 88/2005 IN nº 18/2005;
 (C) Prazo de entrega para exclusões: até o penúltimo dia útil de cada mês.;
 (D) Prazo de entrega para inclusões: até o penúltimo dia útil do mês com vigência de acordo com a data de recebimento pela Uniodonto Taubaté;

**Estou ciente que a permanência mínima no plano é de 12 meses, estando sujeito a multa caso não a cumpra.
 O titular ficará responsável por todos eventos e despesas gerados por seus dependentes.**

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

* Autorizo _____ a descontar o valor referente a mensalidade do plano Odontológico, minha e de meus dependentes.

Valor da Adesão R\$ _____ (por beneficiário)

Valor da Mensalidade R\$ _____ (mensal por beneficiário)

Taubaté, _____ de _____ de _____

Assinatura do Titular do Plano

Assinatura e Carimbo