

Central de Atendimento do Unesp Odonto: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: (11) 3292-6799 (São Paulo) ou 0800 771 5026 para demais localidades.

Solicito ao UNESP ODONTO proceder à(s) seguinte(s) movimentação(ões):

Inclusão <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Agregados	Alteração <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependentes <input type="checkbox"/> Agregados	Entrega de Cartão <input type="checkbox"/> Câmpus <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Associação <input type="checkbox"/> Outros: _____	Tipo de Alteração Observação
---	--	---	--

Dados do Usuário Titular

FACULDADE / CAMPUS _____ ASSOCIAÇÃO _____

NOME DO TITULAR _____

CPF _____ PIS / PASEP _____ RG _____ ÓRGÃO EXP. _____ SEXO (ASSINALAR X)
 M F

NACIONALIDADE _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ ESTADO CIVIL _____

FUNÇÃO _____ FONE RESIDENCIAL (____) _____ FONE COMERCIAL (____) _____ FONE CELULAR (____) _____

E-MAIL DO TITULAR _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (RUA, ALAMEDA, ESTRADA, ETC.) _____ NÚMERO _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ ESTADO _____ CEP _____ - _____

NOME DA MÃE DO TITULAR _____ CARTÃO SUS _____

NOME DO BANCO _____ AGÊNCIA _____ TIPO _____ CONTA CORRENTE _____ DIG. _____ MATRÍCULA UNESP _____

Relação de Dependentes e Agregados

Código do Grau de Parentesco (CGP): (1) Cônjuge; (2) Companheiro(a); (3) Filho(a) menor de 24 anos; (4) Pai/Mãe; (5) Filho(a) maior de 24 anos; (6) Outros.

CGP	SITUAÇÃO D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SEXO (ASSINALAR X) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOME _____ NOME DA MÃE _____	CPF _____	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CARTÃO SUS _____
CGP	SITUAÇÃO D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SEXO (ASSINALAR X) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOME _____ NOME DA MÃE _____	CPF _____	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CARTÃO SUS _____
CGP	SITUAÇÃO D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SEXO (ASSINALAR X) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOME _____ NOME DA MÃE _____	CPF _____	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CARTÃO SUS _____
CGP	SITUAÇÃO D <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SEXO (ASSINALAR X) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOME _____ NOME DA MÃE _____	CPF _____	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	CARTÃO SUS _____

Declaração

- Declaro ter ciência dos termos do artigo 766, do Código Civil Brasileiro (aqui aplicado por analogia e reproduzido abaixo), e que as informações acima são a expressão da verdade, podendo o UNESP Odonto considerá-las para análise, aceitação e manutenção.

- Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

_____, ____/____/____. _____

LOCAL E DATA **ASSINATURA DO TITULAR**

ESPAÇO RESERVADO PARA O UNESP ODONTO
PARECER TÉCNICO