

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

Inclusão

- Dependentes
 Agregados

Alteração

- Titular
 Dependentes
 Agregados

Entrega de cartão

- Residência
 Campus
 Associação
 Outros: _____

Tipo de alteração

Dados do Usuário Titular

FACULDADE/CÂMPUS:

ASSOCIAÇÃO:

NOME DO TITULAR:

CPF:

PIS/PASEP:

RG:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

M F

NACIONALIDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

FUNÇÃO:

FONE RESIDENCIAL:

FONE COMERCIAL:

FONE CELULAR:

E-MAIL DO TITULAR:

ENDEREÇO DO TITULAR:

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 ou igual a 24 anos; (4) Pai/Mãe; (5) Filho(a) maior de 24 anos; (6) Outros.

CGP

SITUAÇÃO:

D A

SEXO:

M F

NOME:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CGP

SITUAÇÃO:

D A

SEXO:

M F

NOME:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CGP

SITUAÇÃO:

D A

SEXO:

M F

NOME:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

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 e aceitação.

- 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