

Central de Atendimento **UNIODONTO**. Fone: 0800 772 5000
Central de Atendimento do **Unesp Odonto**: segunda a sexta-feira, horário comercial, fones: (11) 3116-1801

Dados da Cobertura (Assinalar X)

Plano: Bronze
 Prata
 Ouro

Entrega do Cartão: Câmpus Residência
 Associação
 Outro: _____

INÍCIO DA VIGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO

_____/_____/____/____

Solicito minha inclusão, de meu(s) dependente(s) legal(is) e agregado(s), se houver, no Plano Odontológico acima assinalado, autorizando a UNESP a descontar o valor devido, mensalmente, em meus rendimentos (folha de pagamento), em caso de estorno, debitar em minha conta corrente.

Dados do Usuário Titular

FACULDADE / CAMPUS					ASSOCIAÇÃO (SIGLA)				
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	DIG.	TIPO	CONTA CORRENTE		DIG.	MATRÍCULA UNESP

Relação de Dependentes (D) ou/e Agregados (A)

Código do Grau de Parentesco (CGP): (1) Cônjuge; (2) Companheiro(a); (3) Filho(a); (4) Pai/Mãe; (7) Sogro(a); (8) Neto(a); (9) Irmão(ã); (12) Enteado(a); (19) Genro/Nora; (6) Outros.

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

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 a UNESP Odonto considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas.

- 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 da garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

- Declaro que conheço os termos do contrato de Prestação de Serviços Odontológicos firmado entre o usuário Titular e o UNESP Odonto, bem como dos aditivos e tabelas de preços, os quais foram aceitos sem reserva e passam a fazer parte integrante deste contrato.

- Assumo a responsabilidade das declarações feitas, livre e espontaneamente, na qualidade de responsável pelos usuários incluídos e a obrigação pelo pagamento das mensalidades e o cumprimento das demais obrigações integrantes dos planos que agora subscrevo.

- Declaro que tenho conhecimento quanto ao sistema de cobrança referente às mensalidades do Plano Odontológico. O valor da mensalidade será sempre cobrado no quarto (4º) dia útil de cada mês, na folha de pagamento, e em caso de estorno, debitado em minha conta corrente.

_____, ____/____/____.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR