

Dados da Cobertura (Marcar a Opção)

| | | | | | |
|--------|---------------------------------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Plano: | <input type="checkbox"/> Bronze | Entrega de | <input type="checkbox"/> Câmpus | <input type="checkbox"/> Residência | INÍCIO DA VIGÊNCIA DO PLANO ODONTOLÓGICO _____, ____ / ____ / ____ |
| | <input type="checkbox"/> Prata | cartão: | <input type="checkbox"/> Associação | | |
| | <input type="checkbox"/> Ouro | | <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |

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), e em caso de estorno, debitar em minha conta corrente.

Dados do Usuário Titular

| | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| FACULDADE/CÂMPUS: | | ASSOCIAÇÃO (SIGLA): | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| NOME DO TITULAR: | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| CPF: | PIS/PASEP: | RG: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| SEXO: | NACIONALIDADE: | DATA DE NASCIMENTO: | ESTADO CIVIL: | | |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| FUNÇÃO: | FONE RESIDENCIAL: | FONE COMERCIAL: | FONE CELULAR: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| E-MAIL DO TITULAR: | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| ENDEREÇO DO TITULAR: | | | | | NÚMERO: |
| <input type="text"/> | | | | | <input type="text"/> |
| COMPLEMENTO: | BAIRRO: | CIDADE: | ESTADO: | CEP: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| NOME DA MÃE DO TITULAR: | | | CARTÃO SUS: | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| NOME DO BANCO: | AGÊNCIA: | DV: | TIPO: | CONTA CORRENTE: | DIG. MATRÍCULA UNESP: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Relação de Dependentes (D) 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="text"/> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SEXO: | NOME DA MÃE: | CARTÃO SUS: | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| CGP | SITUAÇÃO: | NOME: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SEXO: | NOME DA MÃE: | CARTÃO SUS: | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| CGP | SITUAÇÃO: | NOME: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SEXO: | NOME DA MÃE: | CARTÃO SUS: | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| CGP | SITUAÇÃO: | NOME: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | SEXO: | NOME DA MÃE: | CARTÃO SUS: | |
| | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

- 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 expresso 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/Data: _____

Assinatura do Titular _____