

Carteira (selecione uma das opções)

PME (de 3 a 29 vidas)

PME Mais (de 30 a 99 vidas)

Empresarial (a partir de 100 vidas)

Administrado (ASO)

Adesão

Tipo de Inclusão

Apenas Titular

Apenas Dependente

Titular + Dependente

Importante
1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora/Operadora.
2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).

										Cód. da Empresa		Proposta/Certificado nº							
Razão Social										Número Apólice		Desdobramento		D.V.					
Dados Cadastrais Titular																			
Código de Identificação(*)										DF(*)		Local		Abrangência Geográfica		Categoria		Setor	
Nome do Plano												Plano (*)							
Data Admissão na Empresa				Data Início Vigência				Sujeita à Carência (*)				Carência (*)		Identificação Funcional					
Dados Pessoais do Titular																			
Dep.		Nome Completo do Titular												Data Nascimento					
01																			
Sexo		Estado Civil		Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano(*)									
Carteira de Identidade				Órgão Emissor		UF		Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade							
CPF		D.V.		PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS		Título de Eleitor											
Nome da Mãe																			
(DDD) Telefone Residencial				(DDD) Telefone Comercial				(DDD) Celular											
e-mail						Grau de Escolaridade		Renda Familiar Mensal		Profissão									
Dados Bancários do Titular																			
Banco		Agência		Conta Corrente				CPF do titular da Conta Conjunta				D.V.							
Nome do Responsável da Conta Conjunta																			
Endereço Residencial do Titular																			
Número		Complemento				Bairro													
Município						UF		CEP											
Dep.		Nome Completo do Dependente												Data Nascimento					
Sexo		Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Data do Evento					
Data Início de Vigência		Carteira de Identidade				Órgão Emissor		UF		Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade					
CPF		D.V.		PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS		Título de Eleitor		Profissão									
Declaração de Nascido Vivo - DNV						Título de Eleitor				Profissão									
Nome da Mãe																			

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento				
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Data do Evento		
F	M								Sim		Não				
Data Início de Vigência		Carteira de Identidade			Órgão Emissor		UF		Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade		
CPF		D.V.		PIS/PASEP						Cadastro Nacional de Saúde - CNS					
Declaração de Nascido Vivo - DNV						Título de Eleitor						Profissão			
Nome da Mãe															

Dep.	Nome Completo do Dependente										Data Nascimento				
Sexo	Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano (*)		Sujeita à Carência (*)		Carência (*)		Data do Evento		
F	M								Sim		Não				
Data Início de Vigência		Carteira de Identidade			Órgão Emissor		UF		Data de Expedição		País Emis. Cart. Identidade		Nacionalidade		
CPF		D.V.		PIS/PASEP						Cadastro Nacional de Saúde - CNS					
Declaração de Nascido Vivo - DNV						Título de Eleitor						Profissão			
Nome da Mãe															

Abrangência Geográfica	Profissões		Órgão Emissor
Conforme Proposta de Seguro/Plano			
Dep	01 - Aposentado/Pensionista	25 - Securitário	01 - Carteira de Identidade Classista
01 - Titular	02 - Servidor/Empregado Público	26 - Bancário	02 - Cons. Reg. Corretores Imóveis
03 - Companheiro(a)	03 - Espólio	27 - Corretor de Imóveis/seguros/títulos/valores	03 - Cons. Reg. de Assistentes Sociais
02 - Cônjuge	04 - Estudante	28 - Agente de Viagem/Guia de Turismo	04 - Cons. Reg. de Biblioteconomia
10 - Em diante - Demais Dependentes.	05 - Empregados/Proprietários de estabelecimento	29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	05 - Cons. Reg. de Contabilidade
Grau de Escolaridade	06 - Médico	30 - Arquiteto	06 - Cons. Reg. Enfermagem
01 - Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau)	07 - Odontólogo	31 - Engenheiro/Agrônomo	07 - Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia
02 - Superior Incompleto	08 - Psicólogo/Pedagogo	32 - Profissionais de Informática	08 - Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional
03 - Superior Completo	09 - Biólogo/Biomédico	33 - Contador/Auditor/afins	09 - Cons. Reg. Prof.Relações Públicas
04 - Pós-Graduação	10 - Farmacêutico	34 - Químico/Físico/Astrônomo/ afins	10 - Cons. Regional de Administração
05 - Mestrado	11 - Veterinário/ Zootecnista	35 - Geógrafo/Geólogo	11 - Cons. Regional de Estatística
06 - Doutorado	12 - Fonoaudiólogo	36 - Matemático/Estatístico/Atuário	12 - Cons. Regional de Farmácia
07 - Pós-Doutorado	13 - Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	37 - Técnico de Contabilidade/Estatística	13 - Cons. Regional de Medicina
Grau Parentesco	14 - Enfermeiro/ Nutricionista	38 - Desenhista/Técnico de Ciências Exatas	14 - Cons. Regional de Nutrição
1 - Cônjuge	15 - Técnico em Ciências Biológicas	39 - Escultor/Pintor/Decorador e afins	15 - Cons. Regional de Odontologia
2 - Filho (a)	16 - Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	40 - Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins	16 - Cons. Regional de Psicologia
3 - Pais	17 - Advogado	41 - Atleta/Instrutor/Preparador/afins	17 - Cons. Regional de Química
4 - Companheiro (a)	18 - Administrador	42 - Militar ativa/reserva e Polícias	18 - Cons. Regional Med. Veterinária
5 - Outros	19 - Economista	43 - Motorista	19 - Cons. Regional Repres.Comerciais
6 - Enteadado (a)	20 - Profissionais de Marketing/Publicitários	44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins	20 - Documentos Estrangeiros
Renda Familiar Mensal	21 - Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	45 - Técnico Eletricista/Eletrônica/ Telecomunicações	21 - Ministério da Aeronáutica
01 - Até R\$ 1.000,00	22 - Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/ Arqueólogo	46 - Trabalhador da construção civil/metalúrgicos	22 - Ministério da Marinha
02 - De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00	23 - Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas	47 - Trabalhador rural	23 - Ministério do Exército
03 - De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00	24 - Professor/trabalhador ligado ao ensino	48 - Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins	24 - Ordem dos Advogados Do Brasil
04 - De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00		49 - Hotelaria/Garçom/afins	25 - Ordem dos Musicos Do Brasil
05 - De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00		50 - Outros	26 - Outros Emissores
06 - Mais de R\$ 12.000,00			27 - Polícia Federal
			28 - SSP-Secretaria de Segurança Pública

Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro/Plano Odontológico do Estipulante/Empresa Contratante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro/Plano, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro/Plano, que encontram-se em poder do Estipulante/Empresa Cotratante.

Declaro ainda que tenho ciência do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que, se o Estipulante/Empresa Contratante, Segurado/Beneficiário ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas no cartão proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro/plano ou no valor do prêmio/mensalidade, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios/mensalidades vencidas.

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de seguro/plano odontológico, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde bucal ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora/operadora constante deste Cartão Proposta.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante/Empresa Contratante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro/Plano Odontológico, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora/Operadora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro/Plano, Condições Gerais e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro/Plano Odontológico, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante/Empresa Contratante sob carimbo