

DC13-06

Revisão 03

12/04/2024

PROPOSTA DE INCLUSÃO DE USUÁRIOS

Empresa/Entidade:	
Código:	
CONTRATOS	☐ Nova Inclusão ☐ Inclusão dependente (s) ☐ Transferências ☐ Alteração Endereço
CONTRATOS	
☐ PLANO BRILHANTE INTEGRAL EMPRESARIAL (sem coparticipação)	☐ BRILHANTE INTEGRAL COM COPARTICIPAÇÃO-II
☐ PLANO PÉROLA EMPRESARIAL (Custo Operacional)	☐ BRILHANTE INTEGRAL COM COPARTICIPAÇÃO-V
☐ PLANO MARFIM EMPRESARIAL (Pré pagamento e Pós-pagamento)	☐ BRILHANTE INTEGRAL ENTIDADES

*Caso o titular possua algum dependente que necessite atendimento em cidade diferente da sua, informar na coluna respectiva aos dados dos dependentes.

Atenção: - Todos os nomes deverão ser preenchidos **sem abreviações**.

- Formulários com dados incompletos ou com rasuras que dificultem a leitura serão devolvidos.

- CPF – Preenchimento obrigatório para pessoas acima de 18 anos.

BENEFÍCIOS PROMOÇÃO ☐ SIM (Se a resposta for sim, assinalar o item correspondente abaixo) ☐ NÃO
Terão Redução de Carências para 15 dias.
☐ Empresa/Entidade “ Novo Sócio ” da AEMFLO e CDL de São José, até 60 dias contados da data da filiação. (Anexar Cópia Requerimento de Sócio).
☐ Empresa/Entidade com contrato ativo na Uniodonto com menos de 30 vidas , que incluam o número correspondente para completar 30 usuários. <i>Válido somente se completar o mínimo de 30 usuários de uma única vez.</i>
☐ Empresas que já possuem 30 vidas cadastradas e <u>que incluam mais 25 vidas</u> ou mais (de uma única vez).
☐ Empresas com 30 vidas ou mais (contingente inicial) <u>RN195-ANS</u> .

☐ Plano Pago pela Empresa ☐ Plano pago pelo usuário	Data da Inclusão:
---	-------------------

***ATENÇÃO:** Nos dados do TITULAR e dos DEPENDENTES inscritos no plano é **obrigatório** o preenchimento do número do Cartão Nacional do **SUS**. Na ausência deste, preencher o nome completo e naturalidade do **PAI**. E-mail e celular obrigatório para titular e dependentes.

DADOS DO TITULAR			
Nome:			
Cidade para Atendimento:		Nº CNS (Cartão Nacional Saúde):	
Sexo:	Data Nascimento:	*CPF:	RG:
Nome da Mãe:			
Endereço Residencial			
Rua:			
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:
Cidade:		CEP:	
Fone: ()		Celular: ()	
E-mail:			
Nome do Pai:		Naturalidade:	

DADOS DO DEPENDENTE 01 (Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho – FO / Esposo (a) – ES / Companheiro (a) CP / Outros = OT)			
Nome:			
Grau de Parentesco:		Nº CNS (Cartão Nacional Saúde):	
Sexo:	Data Nascimento:	*CPF:	RG:
Nome da Mãe:			
Endereço Residencial - ☒ mesmo do titular?			
Rua:			
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:
Cidade:		CEP:	
E-mail:		Celular: ()	
Cidade/UF para atendimento:			
Nome do Pai:		Naturalidade:	
DADOS DO DEPENDENTE 02 (Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho – FO / Esposo (a) – ES / Companheiro (a) CP / Outros = OT)			
Nome:			

PROPOSTA DE INCLUSÃO DE USUÁRIOS

Grau de Parentesco:			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde):		
Sexo:	Data Nascimento:	*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:					
Endereço Residencial - ☒ mesmo do titular?					
Rua:					
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:		
Cidade:			CEP:		
E-mail:			Celular: ()		
Cidade/UF para atendimento:					
Nome do Pai:			Naturalidade:		
DADOS DO DEPENDENTE 03 (Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho – FO / Esposo (a) – ES / Companheiro (a) CP / Outros = OT					
Nome:					
Grau de Parentesco:			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde):		
Sexo:	Data Nascimento:	*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:					
Endereço Residencial - ☒ mesmo do titular?					
Rua:					
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:		
Cidade:			CEP:		
E-mail:			Celular: ()		
Cidade/UF para atendimento:					
Nome do Pai:			Naturalidade:		
DADOS DO DEPENDENTE 04 (Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho – FO / Esposo (a) – ES / Companheiro (a) CP / Outros = OT					
Nome:					
Grau de Parentesco:			Nº CNS (Cartão Nacional Saúde):		
Sexo:	Data Nascimento:	*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:					
Endereço Residencial - ☒ mesmo do titular?					
Rua:					
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:		
Cidade:			CEP:		
E-mail:			Celular: ()		
Cidade/UF para atendimento:					
Nome do Pai:			Naturalidade:		

***Declaro que estou ciente de todos os direitos e obrigações em relação ao plano coletivo que estou aderindo, em especial a obrigatoriedade de respeito ao tempo mínimo de permanência de 19 meses no contrato, sob pena de multa.**

Solicito a inclusão do (s) usuário (s) acima mencionada e autorizo o desconto dos respectivos valores das mensalidades e custo de inscrição e encargos.

Data:

Assinatura do Titular

Assinatura e/ou Carimbo da Empresa/Entidade

***ATENÇÃO**

- Data da Inclusão:** para inclusão, será considerada a data do pagamento do custo de inscrição e da primeira mensalidade.
- Não serão liberados atendimentos se o pagamento das mensalidades não tiver sido recebido pela Uniodonto.

PROPOSTA DE INCLUSÃO DE USUÁRIOS

E-mail: apoioatendimento@aemflo-cdlsj.org.br | atendimento@aemflo-cdlsj.org.br | atendimentoaduc@aemflo-cdlsj.org.br