PORTO SEGURO Odontológico
SEGUROS

CNPJ 04.540.010/0001-70

PROPOSTA DE ADESÃO/ QUESTIONÁRIO DE ODONTOLOGIA EMPRESAS ACIMA DE 30 VIDAS

Nº _____

NÚMERO
75 -
SUCURSAL/CÓDIGO

☒ Seguro Novo ☐ Endosso de inclusão de titular/família ☐ Endosso de Inclusão de dependentes no Seguro

CORRETOR

CORRETOR	SUSEP
CJWS CORRETORA DE SEGUROS	38957J

PROPONENTE/TITULAR

ESTIPULANTE	Nº DO ESTIPULANTE	Nº DO SUB-ESTIPULANTE	UNIDADE	INICIO DE VIGÊNCIA

NOME COMPLETO (*) | CPF (*)

R.G. (*°) | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*°) | DATA DE EXPEDIÇÃO (*°) | SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (*°) | DATA DE NASCIMENTO (*)

IDADE | SEXO (*) | ESTADO CIVIL (*) | SE CASADO(A), INFORMAR DATA DO CASAMENTO

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*) | ENDEREÇO COMPLETO (*)

Nº (*) | COMPLEMENTO | BAIRRO (*)

CIDADE(*) | UF (*) | CEP (*) | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*°)

(DDD) TELEFONE CELULAR | E-MAIL

PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*°) | DATA DE ADMISSÃO (*)

CENTRO DE CUSTO

ASSINALAR O PLANO DESEJADO:

ODONTO BRONZE AD - 471.455/14-5 (rol mínimo) ( ) ODONTO PRATA AD - 471.454/14-7 (rol ampliado + Ortodontia) ( ) ODONTO OURO AD - 471.453/14-9 (rol ampliado + Protese + Ortodontia) ( )

NOME DA MÃE (*)

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)

NOME COMPLETO (*)

CPF (*) | GRAU DE PARENTESCO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*°) | R.G. (*°) | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*°) | DATA DE EXPEDIÇÃO (*°)

ENDEREÇO COMPLETO (*) | Nº (*) | COMPLEMENTO

BAIRRO (*) | CIDADE (*) | UF (*) | CEP (*) | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*°)

DEPENDENTES

SEXO: M - MASCULINO F - FEMININO ESTADO CIVIL: 1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - VIÚVO 4 - DIVORCIADO/SEPARADO PARENTESCO: 2 - CÔNJUGE 3 - FILHO 4 - DEPENDENTES ESPECIAIS

DEPENDENTE 1 (*)

DATA DE NASCIMENTO (*) | IDADE | SEXO(*) | ESTADO CIVIL (*) | GRAU DE PARENTESCO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA | CPF (**) | RG (*°) | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*°) | DATA DE EXPEDIÇÃO (*°)

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*) | NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

ENDEREÇO COMPLETO (*) | Nº (*) | COMPLEMENTO

BAIRRO (*) | CIDADE (*) | UF (*) | CEP (*) | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL

NOME DA MÃE (DEPENDENTE 1) (*)

DEPENDENTE 2 (*)

DATA DE NASCIMENTO (*) | IDADE | SEXO(*) | ESTADO CIVIL(*) | GRAU DE PARENTESCO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*°) | CPF (**) | RG (*°) | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*°) | DATA DE EXPEDIÇÃO (*°)

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*) | NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

ENDEREÇO COMPLETO (*) | Nº (*) | COMPLEMENTO

BAIRRO (*) | CIDADE (*) | UF (*) | CEP (*) | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*°)

NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (*)

DEPENDENTE 3 (*)

DATA DE NASCIMENTO (*) | IDADE | SEXO(*) | ESTADO CIVIL (*) | GRAU DE PARENTESCO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*°) | CPF (**) | RG (*°) | ÓRGÃO EMISSOR/UF (*°) | DATA DE EXPEDIÇÃO (*°)

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*) | NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

ENDEREÇO COMPLETO (*) | Nº (*) | COMPLEMENTO

BAIRRO (*) | CIDADE (*) | UF (*) | CEP (*) | (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*°)

NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (*)

PARA USO DA SEGURADORA

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATORIO (**) PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA MAIORES DE 18 ANOS

(*°) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO À RN 117/2005. A NÃO INFORMAÇÃO DESTES DADOS PODERÁ SER ALVO DE NOTIFICAÇÃO À ANS, ACERCA DA NÃO OBTENÇÃO DOS DADOS.

ANS – nº 00058-2