

# Cartão Proposta - Odontológico



## 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

- Os campos com \* são de uso exclusivo da Seguradora/Operadora.
- 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.
<b>Dados Cadastrais Titular</b>														
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			
						Sim   Não								
<b>Dados Pessoais do Titular</b>														
Dep.	Nome Completo do Titular								Data Nascimento					
01														
Sexo		Estado Civil			Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)		Grau Parentesco		Situação Plano(*)			
Feminino		Casado												
Masculino		Solteiro			Viúvo		Outros							
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			
<b>Dados Bancários do Titular</b>														
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
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

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

<b>Abrangência Geográfica</b> Conforme Proposta de Seguro/Plano	<b>Profissões</b>		<b>Órgão Emissor</b>
<b>Dep</b>	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 - Empresários/Proprietários de estabelecimento	29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	05 - Cons. Reg. de Contabilidade
<b>Grau de Escolaridade</b>	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
<b>Grau Parentesco</b>	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 - Enteado (a)	20 - Profissionais de Marketing/Publicitários	44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins	20 - Documentos Estrangeiros
<b>Renda Familiar Mensal</b>	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