

Preencher uma única operação por formulário

 Inclusão  Inclusão Dependente  Exclusão Família  Exclusão Dependente  Alteração  2ª Via Cartão  Transferência Contrato

OPERADORA:

 UNIODONTO GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**D A D O S D O T I T U L A R**

CÓDIGO DO CLIENTE TITULAR			NOME DO CLIENTE TITULAR			DATA DE NASCIMENTO		
SEXO	ESTADO CIVIL	CPF	RG	ORGÃO E PAÍS EMISSOR	NOME COMPLETO DA MÃE DO TITULAR			
Nº PIS/PASEP/NIS		ENDEREÇO RESIDENCIAL			Nº	BAIRRO		
CIDADE	ESTADO	CEP	FONE RESIDENCIAL	FONE COMERCIAL		FONE CELULAR		
EMAIL						DEVOLUÇÃO DO CARTÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DATA DE INCLUSÃO <input type="radio"/> DATA DO RECEBIMENTO UNIODONTO <input type="radio"/> PRIMEIRO DIA DO MÊS SUBSEQUENTE								

**D A D O S D O D E P E N D E N T E**

1) CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE				NOME DO DEPENDENTE				PARENTESCO					
				NOME DA MÃE DO DEPENDENTE									
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	RG	ORGÃO E PAÍS EMISSOR	CPF	MOTIVO EXCLUSÃO		DEVOLUÇÃO DO CARTÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
2) CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE				NOME DO DEPENDENTE									
				NOME DA MÃE DO DEPENDENTE									
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	RG	ORGÃO E PAÍS EMISSOR	CPF	MOTIVO EXCLUSÃO		DEVOLUÇÃO DO CARTÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
3) CÓDIGO DO CLIENTE DEPENDENTE				NOME DO DEPENDENTE									
				NOME DA MÃE DO DEPENDENTE									
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	RG	ORGÃO E PAÍS EMISSOR	CPF	MOTIVO EXCLUSÃO		DEVOLUÇÃO DO CARTÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
1 - Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário 2 - Término da relação de vinculo a um benefício (dependência) 3 - Desligamento da empresa (planos coletivos) 4 - Inadimplência 5 - Óbito				7 - Exclusão decorrente de mudança do código do Beneficiário, motivada por adaptação do sistema da operadora 8 - Transferência de carteira 9 - Alteração do código do Beneficiário 13 - Inclusão indevida de Beneficiário				<b>GRAU DE PARENTESCO</b> ESPOSO (A)    COMPANHEIRO (A)    FILHO    PAI    AGREGADO ENTEADADO (A)    SOGRO (A)    FILHA    MÃE		<b>SEXO</b> M - MASCULINO F - FEMININO		<b>ESTADO CIVIL</b> C - CASADO    D - DIVORCIADO S - SOLTEIRO    V - VIÚVO	
<b>QUANDO O FORMULÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, RASURADO OU INCONSISTENTE, A OPERAÇÃO NÃO SERÁ EFETUADA, FICANDO O FORMULÁRIO DISPONÍVEL NA NOSSA CAASC.</b>													

OBSERVAÇÃO

PRAZO MÍNIMO DE 30 DIAS APÓS A ADESÃO PARA A ENTREGA DE CARTÕES

CARIMBO/ASSINATURA DO CONTRATANTE

ASSINATURA DO TITULAR

RECEBIMENTO OPERADORA

DIGITAÇÃO (INTERNO)

CONFERÊNCIA (INTERNO)

FORMULÁRIO 012345

www.caasc.org.br | Rua Paschoal Apóstolo Pittsica, 4860 | CEP 88025-255 | Florianópolis | SC | Fone: (48) 3239-3530

**RECIBO TAXA DE ADESÃO E INCLUSÃO**

Recebi do Titular do plano qualificado no presente formulário, a importância de R\$ ( \_\_\_\_\_ ) mediante entrega do cheque nº \_\_\_\_\_, do Banco \_\_\_\_\_, nominal à CAASC - Caixa de Assistência dos Advogados de Santa Catarina, correspondente ao valor total das taxas de Adesão e Inclusão de todos os participantes. O valor total da mensalidade será de R\$ \_\_\_\_\_.