

Preencher uma única operação por formulário

 Inclusão Inclusão Dependente Exclusão Família Exclusão Dependente Alteração 2ª Via Cartão Transferência ContratoOPERADORA: 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		GRAU DE PARENTESCO ESPOSO (A) COMPANHEIRO (A) FILHO PAI AGREGADO ENTEADADO (A) SOGRO (A) FILHA MÃE	SEXO M - MASCULINO F - FEMININO	ESTADO CIVIL C - CASADO D - DIVORCIADO S - SOLTEIRO V - VIÚVO
QUANDO O FORMULÁRIO ESTIVER INCOMPLETO, RASURADO OU INCONSISTENTE, A OPERAÇÃO NÃO SERÁ EFETUADA, FICANDO O FORMULÁRIO DISPONÍVEL NA NOSSA CAASC.								

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)
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

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

FORMULÁRIO 012345

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\$ _____.