



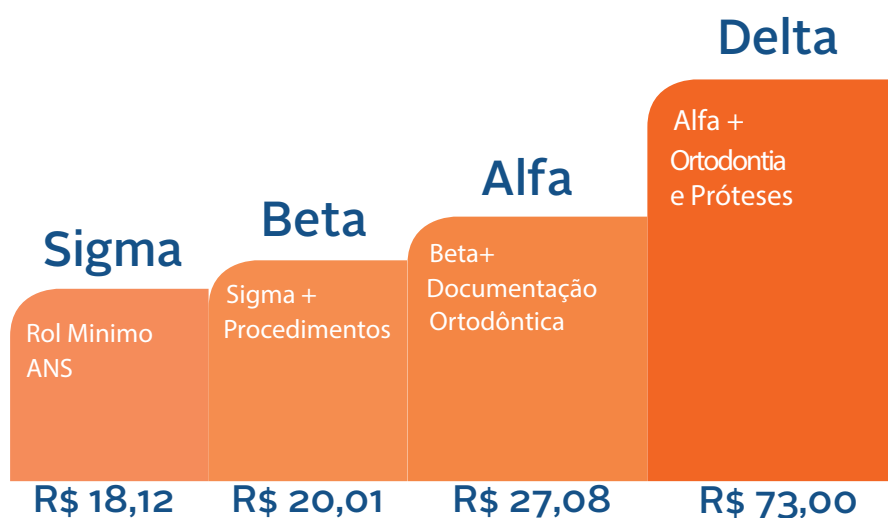
# Caixa Seguradora

## Plano Odontológico

**Agora você pode contar com a Caixa Seguradora para cuidar do seu sorriso e de quem você ama!**

- Ótimo custo x benefício
- Rede de atendimento com mais de 25.500 opções em todo Brasil
- Busca de Rede gratuita por SMS
- Aplicativo exclusivo para beneficiários
- Crianças dependentes de 0 a 3 anos são isentas de pagamento

**Confira abaixo os detalhes dos planos disponíveis e valores mensais por pessoa:**



# Ficha Cadastral

Inclusão Alteração Exclusão 

## Dados Pessoais do Titular

Empresa \_\_\_\_\_  
 Titular<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Data Admissão \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_  
 Sexo Masc  Fem  Estado Civil \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_  
 Cargo \_\_\_\_\_ CNS<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

## Dependentes/agregados

1) Nome<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Parentesco<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ CPF<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_  
 Data Casamento \_\_\_\_\_ Nome da mãe<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 CNS<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Nº Declaração de Nascido Vivo<sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

2) Nome<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Parentesco<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ CPF<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 CNS<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Nº Declaração de Nascido Vivo<sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

3) Nome<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Parentesco<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ CPF<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 CNS<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Nº Declaração de Nascido Vivo<sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

4) Nome<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Parentesco<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ CPF<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 CNS<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ Nº Declaração de Nascido Vivo<sup>(5)</sup> \_\_\_\_\_

## Dados de Contato

Endereço Residencial \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
 Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Tel. Res. \_\_\_\_\_ Tel. Coml. \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

Inclusão Alteração Exclusão 

(1) Preencher com o nome completo sem abreviações.

(2) CNS - Cartão Nacional de Saúde.

(3) Utilize os números ao lado para preenchimento do campo 'Parentesco':

(4) Obrigatório o CPF para maiores de 18 anos.

(5) Necessária apresentação para nascidos a partir de 01/01/2010.

01 - Cônjuge	07 - Enteadado(a) universitário(a) até 24 anos	13 - Irmão/Irmã
02 - Companheiro(a)	08 - Enteadado(a) inválido(a)	14 - Tio(a)
03 - Filho(a) menor até 21 anos	09 - Tutelado(a) menor até 21 anos	15 - Sobrinho(a)
04 - Filho(a) universitário(a) até 24 anos	10 - Tutelado(a) universitário até 24 anos	16 - Neto/Bisneto(a)
05 - Filho(a) inválido(a)	11 - Mãe/Pai	17 - Avô/Bisavô(a)
06 - Enteadado(a) menos até 21 anos	12 - Padrasto/Madrasta	

Estou ciente das condições de contratação e autorizo o desconto em folha de pagamento de importância relativa à minha contribuição para o Plano Odontológico mencionando em meu benefício e de meus dependentes elegíveis.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Titular

Data \_\_\_\_\_

**Central de Atendimento:**  
 4003 7707 ou 0800 880 7707  
[www.odontoempresas.com.br](http://www.odontoempresas.com.br)