



SUCURSAL

CÓDIGO

NÚMERO DO SEGURO DO TITULAR
(mencionar quando tratar-se
de inclusão de dependente)

SEGURO NOVO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

CORRETOR		SUSEP
-----------------	--	-------

PROPONENTE/TITULAR				
ESTIPULANTE	Nº DO ESTIPULANTE	Nº DO SUB-ESTIPULANTE	UNIDADE	INÍCIO DE VIGÊNCIA
NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)	
R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)	ÓRGÃO EMISSOR (*)	DATA DE EXPEDIÇÃO (*)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (*) DATA DE NASCIMENTO	
IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	E-MAIL	
ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		DATA DE ADMISSÃO	REGISTRO FUNCIONAL	CENTRO DE CUSTO
PLANO	CÓDIGO DO GENERALISTA	NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)		
PIS/PASEP (*)		NOME DA MÃE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)				
NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)				
CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			GRAU DE PARENTESCO	
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	ÓRGÃO EMISSOR (*)	DATA DE EXPEDIÇÃO (*)
ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			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 2				CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
ÓRGÃO EMISSOR (*)		DATA DE EXPEDIÇÃO (*)		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL		NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
CÓDIGO DO GENERALISTA	NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)			
DEPENDENTE 3				CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
ÓRGÃO EMISSOR (*)		DATA DE EXPEDIÇÃO (*)		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL		NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
CÓDIGO DO GENERALISTA	NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)			
DEPENDENTE 4				CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
ÓRGÃO EMISSOR (*)		DATA DE EXPEDIÇÃO (*)		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL		NOME DA MÃE (DEPENDENTE 4) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
CÓDIGO DO GENERALISTA	NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)			
DEPENDENTE 5				CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	GRAU DE PARENTESCO
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)
ÓRGÃO EMISSOR (*)		DATA DE EXPEDIÇÃO (*)		
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL		NOME DA MÃE (DEPENDENTE 5) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
CÓDIGO DO GENERALISTA	NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)			

DECLARAÇÃO

Afirmamos que todas as informações acima são verdadeiras e assumimos inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como temos conhecimento do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que "se o Segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito de garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA SOB CARIMBO

(-) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 18 ANOS



SUCURSAL

CÓDIGO

NÚMERO DO SEGURO DO TITULAR
(mencionar quando tratar-se
de inclusão de dependente)

SEGURO NOVO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

CORRETOR SUSEP

PROPONENTE/TITULAR

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

NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)

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

IDADE SEXO ESTADO CIVIL E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) Nº COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE UF CEP (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) DATA DE ADMISSÃO REGISTRO FUNCIONAL CENTRO DE CUSTO

PLANO CÓDIGO DO GENERALISTA NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)

PIS/PASEP (*) NOME DA MÃE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

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

NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) GRAU DE PARENTESCO

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) ÓRGÃO EMISSOR (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)

ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) 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 2 CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)

DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CÓDIGO DO GENERALISTA NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)

DEPENDENTE 3 CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)

DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CÓDIGO DO GENERALISTA NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)

DEPENDENTE 4 CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)

DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL NOME DA MÃE (DEPENDENTE 4) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CÓDIGO DO GENERALISTA NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)

DEPENDENTE 5 CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*)

DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL GRAU DE PARENTESCO R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) ÓRGÃO EMISSOR (*) DATA DE EXPEDIÇÃO (*)

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL NOME DA MÃE (DEPENDENTE 5) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CÓDIGO DO GENERALISTA NOME DO DENTISTA GENERALISTA (Para escolher o DENTISTA GENERALISTA, acesse o site www.portoseguro.com.br/odontologico)

DECLARAÇÃO

Afirmamos que todas as informações acima são verdadeiras e assumimos inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como temos conhecimento do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que "se o Segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito de garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA SOB CARIMBO

(-) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 18 ANOS