



# INFORMATIVO ESPECIAL

Belém, 5 de janeiro de 2010

## IMPORTANTE: atualização cadastral da Uniodonto

A AEBA pede em caráter de urgência que todos os beneficiários dos planos odontológicos da Uniodonto atualizem seus cadastros, conforme formulário em anexo (verso). A ficha cadastral também está disponível no site da AEBA para download ([www.aeba.org.br](http://www.aeba.org.br))

O prazo para o envio das informações para a AEBA é de até **30 (trinta) dias a contar do dia de hoje, 5 de janeiro de 2010**, sob pena de **bloqueio** dos serviços prestados pelo plano odontológico.

A atualização cadastral faz parte da Lei 9656/98, da Agência Nacional de Saúde (ANS). A lei

determina que as operadoras de planos de saúde são **obrigadas** a fornecer, periodicamente, à ANS toda as informações estatísticas relativas às suas atividades, inclusive as de natureza cadastral.

A AEBA e a Uniodonto Belém contam com a colaboração de seus beneficiários a fim de atender a legislação vigente.

**Dúvidas e informações:**  
**91 3242-1766 ou ramal 3226**  
**(sede da AEBA)**



*Gestão AEBA Participativa  
Presidente: Sérgio Trindade*

*Diretores: Dulce Helena; Hailton Paixão; Luís Paulo Amador e Roosevelt Santana.*

*Sede da AEBA: Rua Ferreira Cantão, 42 - Cep: 66017-110; Bairro: Campina.*

*Fone: (091) 3242 1766 - FAX:(091) 3212 3574*

[www.aeba.org.br](http://www.aeba.org.br) [aeba@aeba.org.br](mailto:aeba@aeba.org.br)



EMPRESA: \_\_\_\_\_ COD.: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ ANS: 36855-5

**FORMULÁRIO PARA RECADASTRAMENTO DA CARTEIRA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA  
DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANO INDIVIDUAL/ FAMILIAR E EMPRESARIAL****Dados do Titular**

NOME \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CODIGO DO CARTÃO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

PIS / PASEP / NIP \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

**Dados dos Dependentes**

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

NOME DO DEPENDENTE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ G. Parentesco \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ NOME DA MÃE (sem abreviatura) \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO TITULAR / PATROCINADOR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**OBSERVAÇÕES:**

- 1 - Todos os campos deverão ser preenchidos obrigatoriamente;
- 2 - A informações do nº. do CP é obrigatório para todos os dependentes a partir de 18 anos. Para os dependentes menores de idade deverá ser informado o CPF da mãe ou do Titular;
- 3 - E-mail: aeba@aeba.org.br
- 4 - Fax: (91) 32123574