

FORMULÁRIO DE ADESÃO

() INCLUSÃO TITULAR () INCLUSÃO TITULAR + DEPENDENTES/AGREGADOS

TITULAR

Nº da matrícula:	Unidade:	Data admissão:	
Nome completo:			
Estado civil:		Sexo: () M () F	
CPF:	Data nascimento:		
Nome da mãe:			
Endereço residencial:		Nº:	
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Tel.:	Cel:	Nº cartão do SUS:	
E-mail:			

DEPENDENTES / AGREGADOS

1) Nome completo:			Sexo: () M () F
Parentesco:	Estado civil:	CPF:	Data nasc.:
Nome da mãe do dependente:			
2) Nome completo:			Sexo: () M () F
Parentesco:	Estado civil:	CPF:	Data nasc.:
Nome da mãe do dependente:			
3) Nome completo:			Sexo: () M () F
Parentesco:	Estado civil:	CPF:	Data nasc.:
Nome da mãe do dependente:			
4) Nome completo:			Sexo: () M () F
Parentesco:	Estado civil:	CPF:	Data nasc.:
Nome da mãe do dependente:			
Elegibilidade: Dependentes (cônjuges, filhos [naturais, adotivos ou enteados até 24 anos])			

PRODUTO	COBERTURA	PREÇO	OPÇÃO
DENTAL 100 R	Rol ANS	R\$ 15,87	()
DENTAL 200 DOC R	Rol ANS + procedimentos extras + documentação ortodôntica básica	R\$ 19,93	()
DENTAL 200 PROT. R	Rol ANS + procedimentos extras + documentação ortodôntica básica + itens de próteses	R\$ 21,57	()
DENTAL 300 R	Rol ANS + procedimentos extras + ortodontia completa (documentação ortodôntica completa; instalação de aparelho fixo metálico convencional, móvel e ortopédico; manutenção mensal)	R\$ 64,30	()
DENTAL 400 R	Rol ANS + procedimentos extras + prótese em resina*	R\$ 53,93	()
DENTAL 500 R	Rol ANS + procedimentos extras + prótese em resina e porcelana*	R\$ 63,87	()
DENTAL 600 R	Rol ANS + procedimentos extras + ortodontia completa (documentação ortodôntica completa; instalação de aparelho fixo metálico convencional, móvel e ortopédico; manutenção mensal) + prótese em resina*	R\$ 93,26	()
DENTAL 700 R	Rol ANS + procedimentos extras + ortodontia completa (documentação ortodôntica completa; instalação de aparelho fixo metálico convencional, móvel e ortopédico; manutenção mensal) + prótese em resina e porcelana* + clareamento convencional (gel e moldeira)	R\$ 102,55	()

CONDIÇÕES PARA VALIDADE DO BENEFÍCIO

Declaro assumir o valor da taxa mensal correspondente a cada um dos inscritos. Autorizo, assim, o desconto em folha de pagamento.

Data

Assinatura do beneficiário

*Exceto prótese sobre implante

amil
dental