

## FORMULÁRIO DE ADESÃO

( ) INCLUSÃO TITULAR    ( ) DEPENDENTES/AGREGADOS    ( ) 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:			
<b>Elegibilidade:</b> Dependentes (cônjuges, filhos [naturais, adotivos ou enteados]) / Agregados (Pai, mãe, sogro (a), irmãos (ãs), avós, netos (as), tio (a), sobrinhos (as), genro, nora, padrasto, madrastra, enteado (a) e concunhado).			
PRODUTO	COBERTURA	PREÇO	OPÇÃO
DENTAL 200 R	ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS	<b>R\$ 8,50</b>	( )
DENTAL 300 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA	<b>R\$ 52,33</b>	( )
DENTAL 400 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + PRÓTESES EM RESINA*	<b>R\$ 45,31</b>	( )
DENTAL 500 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA*	<b>R\$ 50,22</b>	( )
DENTAL 600 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA*	<b>R\$ 72,32</b>	( )
DENTAL 700 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA* + CLAREAMENTO CONVENCIONAL	<b>R\$ 79,54</b>	( )
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

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\*Exceto prótese sobre implante

