

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:			
Elegibilidade: Dependentes (cônjuges, filhos [naturais, adotivos ou enteados]) / Agregados (Pai, mãe, sogro (a), irmãos (ãs), avós, netos (as), tio (a), sobrinhos (as), genro, nora, padrasto, madrasta, enteado (a) e concunhado).			
PRODUTO	COBERTURA	PREÇO	OPÇÃO
DENTAL 200 R	ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS	R\$ 9,02	()
DENTAL 300 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA	R\$ 55,52	()
DENTAL 400 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + PRÓTESES EM RESINA*	R\$ 47,95	()
DENTAL 500 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA*	R\$ 53,27	()
DENTAL 600 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA*	R\$ 76,72	()
DENTAL 700 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA* + CLAREAMENTO CONVENCIONAL	R\$ 84,38	()
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

