

## 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:			
<b>Elegibilidade:</b> Dependentes (cônjuges, filhos [naturais, adotivos ou enteados]) / Agregados (Pai, mãe, sogro (a), irmãos (ãs)).			

PRODUTO	COBERTURA	PREÇO	OPÇÃO
DENTAL 100 R	ROL ANS	R\$ 10,86	( )
DENTAL 200 R	ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS	R\$ 16,30	( )
DENTAL 600 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA*	R\$ 62,50	( )

## 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

