

FICHA DE ADESAO

OPÇÕES DE PLANO SEM CARENÇA - FAÇA UM "X" NA SUA OPÇÃO

	Odonto Bronze R\$ 11,95 Coberturas sem Carências: Consulta, prevenção em saúde bucal, radiologia, dentística, cirurgia oral menor, endodontia, odontopediatria, prótese*, e instalação do aparelho ortodôntico. * Conforme Rol de Procedimentos da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
	Odonto Prata R\$ 64,62 Coberturas sem Carências: Todas as Coberturas do Odonto Bronze + documentação ortodôntica, aparelho removível, aparelho fixo, manutenção mensal de aparelhos).
	Odonto Ouro R\$ 74,84 Coberturas sem Carências: Todas as Coberturas do Odonto Prata + prótese removível, fixa inclusive porcelana, consertos e manutenção (exceto materiais preciosos)

Aceita-se a inclusão de agregados: pais, sogros, netos e sobrinhos

PREENCHA TODOS OS CAMPOS ABAIXO EM LETRA DE FORMA LEGÍVEL:

Empresa: _____
 Funcionário: _____
 Profissão / Atividade desenvolvida: _____
 Data de Admissão: ____/____/_____
 Data de Nascimento: ____/____/_____
 CPF: _____
 Órgão Emissor: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____
 Nro. _____
 Cidade: _____
 CEP: _____

Estado Civil: _____
 RG: _____
 Data de Expedição: ____/____/_____
 Bairro: _____
 Estado: _____
 Telefone: _____

Dependente 01:

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/_____
 CPF: _____
 Órgão Emissor: _____
 Nome da Mãe: _____

Parentesco: _____
 Estado Civil: _____
 RG: _____
 Data de Expedição: ____/____/_____

Dependente 02:

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/_____
 CPF: _____
 Órgão Emissor: _____
 Nome da Mãe: _____

Parentesco: _____
 Estado Civil: _____
 RG: _____
 Data de Expedição: ____/____/_____

Dependente 03:

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/_____
 CPF: _____
 Órgão Emissor: _____
 Nome da Mãe: _____

Parentesco: _____
 Estado Civil: _____
 RG: _____
 Data de Expedição: ____/____/_____

LOCAL E DATA

ASSINATURA

A exclusão de segurados ativos na empresa somente será realizada pela Seguradora, após decorrido 24 (Vinte Quatro) meses.