

Início da vigência do benefício:

\_\_/\_\_/20\_\_

Entidade:

\_\_\_\_\_

Matrícula (uso exclusivo da Administradora de Benefícios)

## PROPONENTE TITULAR

Nome completo

\_\_\_\_\_

(continuação)

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

(continuação)

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Naturalidade (cidade, estado e país)

\_\_\_\_\_

CPF

RG

Órgão expedidor

UF

Data de expedição

\_\_\_\_\_

Endereço residencial completo (endereço para cobrança)

Número residencial

\_\_\_\_\_

CEP

Bairro

Cidade

UF

\_\_\_\_\_

Telefone residencial

Telefone celular

E-mail

\_\_\_\_\_

Endereço comercial completo (endereço para cobrança)

\_\_\_\_\_

CEP

Cidade

UF

\_\_\_\_\_

## DEPENDENTES

**1** Nome completo

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Parentesco

RG

CPF

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

\_\_\_\_\_

**2** Nome completo

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Parentesco

RG

CPF

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

\_\_\_\_\_

**3** Nome completo

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Parentesco

RG

CPF

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

\_\_\_\_\_

**4** Nome completo

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Parentesco

RG

CPF

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

\_\_\_\_\_

**5** Nome completo

\_\_\_\_\_

Data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Parentesco

RG

CPF

\_\_\_\_\_

Nome da mãe

\_\_\_\_\_

**PLANO PRETENDIDO**

**SORRISO INTEGRAL S/ COPARTICIPAÇÃO**  
Nº ANS: 416.139/99-4  
**COBERTURAS DO ROL DA ANS VIGENTE:**  
Clínica Geral, Diagnóstico, Prevenção, Radiologia,  
Urgências, Odontopediatria, Endodontia,  
Periodontia, Cirurgias e Prótese.

**SORRISO INTEGRAL C/ COPARTICIPAÇÃO**  
Nº ANS: 460.671/09-0  
**COBERTURAS DO ROL DA ANS VIGENTE:**  
Clínica Geral, Diagnóstico, Prevenção, Radiologia,  
Urgências, Odontopediatria, Endodontia,  
Periodontia, Cirurgias e Prótese.

**CARÊNCIAS**

PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
Urgência e Emergência	24hs
Diagnóstico	15 dias
Extração simples / curativo	15 dias
Prevenção em saúde bucal	15 dias
Radiologia	15 dias
Dentística	15 dias
Cirurgia	15 dias
Periodontia	15 dias
Endodontia	15 dias
Próteses	15 dias
Demais procedimentos	15 dias

**VALOR POR PROPONENTE**

Valores em R\$

Titular  Dependente 3   
Dependente 1  Dependente 4   
Dependente 2  Dependente 5

**ATENÇÃO:** Os valores indicados acima sofrerão reajuste anual, conforme data base (Setembro). O valor total deverá ser pago mensalmente.

Valor total em R\$

**DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

Inclusões entregues até:

- Dia 10 do mês serão efetivadas a partir 1º do mês subsequente.

**AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES**

- Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizados através de e-mail e/ou SMS.  
 Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o seu envio, via e-mail e/ou SMS.

**Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.**

Local e data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento digital ou em cartório)

Corretora

Consultor