

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