

FICHA DO PLANO ODONTOLOGICO AMIL



IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

TITULAR/ NOME COMPLETO:			
ESTADO CIVIL:	MATRICULA:	CPF:	DATA NASCIMENTO:
E-MAIL:			
CONTATO: CEL.		TEL. FIXO:	

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

Nº	NOME COMPLETO	DATA NASCIMENTO	SEXO	GRAU DE PARENTESCO
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

Declaro estar ciente da obrigatoriedade da minha permanência no plano, bem como de meus dependentes, pelo período mínimo de 12 meses.

Tabela - Valor por vida

Dental 200 R - 79668	Rol (ANS) + Procedimentos Extras	R\$14,40
Dental 300 R - 79669	Rol (ANS) + Procedimentos Extras + ORTODONTIA	R\$38,32
Dental 700 R - 79673	Rol (ANS) + Procedimentos Extras + Prótese de Resina e Porcelana + ORTODONTIA + Clareamento Convencional	R\$70,00

Autorizo a Companhia do Metropolitano do DF a proceder ao desconto mensal, na folha de pagamento, no valor de R\$ _____

(_____)

referente ao prêmio de Plano Odontológico Amil:

() Dental 200 R () Dental 300 R () Dental 700 R

contratado junto a ASMETRÔ-DF e através da empresa AMIL Dental, a partir desta data, bem como de qualquer atualização financeira futura do mesmo.

Brasília, de de 2018.

ASSINATURA DO TITULAR