

FORMULÁRIO DE ADESÃO

() INCLUSÃO TITULAR () INCLUSÃO TITULAR + DEPENDENTES/AGREGADOS
() INCLUSÃO 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:			
Elegibilidade: Titulares associados a AsmetroDF e Dependentes (cônjuges, filhos [naturais, adotivos ou enteados])/ Agregados (Pai, mãe, netos (as), padrasto e madrasta), e desde que se associem: sogro (a), irmãos (as), avós, tio(a), sobrinhos (as), genro, nora, enteado (a) e cunhado (a).			

PRODUTO	COBERTURA	PREÇO	OPÇÃO
DENTAL 200 R	ROL ANS + PROCEDIMENTOS EXTRAS	R\$ 14,66	()
DENTAL 300 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA	R\$ 39,02	()
DENTAL 700 R	COBERTURA INTEGRAL DENTAL 200 R + ORTODONTIA COMPLETA + PRÓTESES EM RESINA E PORCELANA* + CLAREAMENTO CONVENCIONAL	R\$ 71,28	()

*Exceto prótese sobre implante.

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.

