

FICHA DE PLANO DE SAÚDE IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO



NOME:			
ESTADO CIVIL:	MAT:	CPF:	DATA DE NASC:

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

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

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

Faixa Etária	AMIL 400 QC	AMIL 400 QP	AMIL 500 QP	BLUE 600	BLUE 700
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO
0-18	R\$ 316,84	R\$ 364,44	R\$ 410,48	R\$ 499,46	R\$ 699,27
19-23	R\$ 396,05	R\$ 455,57	R\$ 513,11	R\$ 697,52	R\$ 976,54
24-28	R\$ 495,06	R\$ 569,46	R\$ 641,38	R\$ 697,52	R\$ 976,54
29-33	R\$ 544,56	R\$ 626,41	R\$ 705,52	R\$ 895,54	R\$ 1.253,79
34-38	R\$ 571,80	R\$ 657,73	R\$ 740,78	R\$ 895,54	R\$ 1.253,79
39-43	R\$ 628,98	R\$ 723,50	R\$ 814,86	R\$ 895,54	R\$ 1.253,79
44-48	R\$ 786,22	R\$ 904,36	R\$ 1.018,58	R\$ 1.291,65	R\$ 1.808,28
49-53	R\$ 864,83	R\$ 994,80	R\$ 1.120,44	R\$ 1.291,65	R\$ 1.808,28
54-58	R\$ 1.081,06	R\$ 1.243,52	R\$ 1.400,55	R\$ 1.687,73	R\$ 2.362,78
59 +	R\$ 1.891,84	R\$ 2.176,13	R\$ 2.450,98	R\$ 1.687,73	R\$ 2.362,78

Plano que desejo contratar:

☐ AMIL 400 QC
 ☐ AMIL 400 QP
 ☐ AMIL 500 QP
 ☐ BLUE 600
 ☐ BLUE 700

Início da vigência do Plano de Saúde: ____/____/____

Autorizo a Companhia do Metropolitano do Distrito Federal a proceder ao desconto mensal, na minha folha de pagamento, do valor de R\$ (____),
____ referente ao prêmio de Plano de Saúde contratado com a ASMETRÔ-DF e a empresa____, a partir desta data, bem como de qualquer atualização financeira futura do mesmo.

Brasília, ____ de ____ de 20 ____.

ASSINATURA DO TITULAR