 EMISSÃO ADESÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do corretor: |       |
| Código corretor: |       |
| Telefone: |       |
| E-mail |       |
| Supervisor: |       |

**Titular:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Titular: |       |
| E-mail: |  |
| Telefone: |  |
| Profissão / Formação Universitária: |  |

**Endereço do titular:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da rua |       |
| Numero: |  |
| Complemento: |  |
| Bairro: |  |
| Cidade: |  |
| Estado: |  |
| CEP (Somente números): |  |

**Informações do Plano:**

**Modalidade:** [ ]  **Saúde** [ ]  **Saúde + Odonto** [ ]  **Odonto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Operadora / Seguradora:** |  |
| **Categoria do plano:** |  |
| **Acomodação:** | [ ]  **Apartamento** [ ]  **Enfermaria** [ ]  **Não se aplica**  |
| **Coparticipação:** | [ ]  **Completa** [ ]  **Parcial** [ ]  **SEM coparticipação**  |
| **Vigência:** |  |
| **Administradora:** |  |
| **Entidade de classe:** |  |
| **Valor:** | **R$**  |
| **Terá aproveitamento de carências? :** | [ ]  **SIM** [ ]  **Não / Se Sim: Qual a operadora? :**  |
| **Terá dependentes?** | [ ]  **SIM** [ ]  **Não / Se Sim: Quantos? :**  |
| **Observações:** |  |

**Titulares e Dependentes:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome titular :** |  |
| **CPF:** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone:** |  |
| **Nome Dependente 1** | **Grau de parentesco** | **CPF (somente números sem pontos)** |
|  |  |  |
| **Nome Dependente 2** | **Grau de parentesco** | **CPF (somente números sem pontos)** |
|  |  |  |
| **Nome Dependente 3** | **Grau de parentesco** | **CPF (somente números sem pontos)** |
|  |  |  |
| **Nome Dependente 4** | **Grau de parentesco** | **CPF (somente números sem pontos)** |
|  |  |  |
| **Nome Dependente 5** | **Grau de parentesco** | **CPF (somente números sem pontos)** |
|  |  |  |