 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)** |
|  | |  |  |