

FORMULÁRIO DE ADESÃO

() INCLUSÃO TITULAR () INCLUSÃO TITULAR + 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.:	E-mail:		
DEPENDENTES/ AGREGADOS			
1) Nome Completo:		Sexo: () M () F	
Parentesco:	Estado Civil:	CPF:	Data Nascimento:
Nome da mãe do dependente:			
2) Nome Completo:		Sexo: () M () F	
Parentesco:	Estado Civil:	CPF:	Data Nascimento:
Nome da mãe do dependente:			
3) Nome completo:		Sexo: () M () F	
Parentesco:	Estado Civil:	CPF:	Data Nascimento:
Nome da mãe do dependente:			
4) Nome Completo:		Sexo: () M () F	
Parentesco:	Estado Civil:	CPF:	Data Nascimento:
Nome da mãe do dependente:			

Elegibilidade: Dependentes: Cônjuges: filhos (naturais, adotivos ou enteados) /Agregados: pai, mãe, sogro(a), irmãos.

Importante: todo o grupo de beneficiários precisa ser incluído no **mesmo plano**, com **a mesma modalidade de coparticipação**. Por isso, marque abaixo o plano de sua preferência, optando com ou sem coparticipação, e escreva a quantidade de beneficiários por faixa etária.

Faixa etária	<input type="checkbox"/> AMIL 400 QC (1,1,1,1,1,1)			<input type="checkbox"/> AMIL 400 NC QP (1,1,1,1,1,1)			<input type="checkbox"/> AMIL 500 NC QP (1,5,1,1,1,1,5)		
	C/ COPART	S/ COPART	Nº DE BENEF	C/ COPART	S/ COPART	Nº DE BENEF	C/ COPART	S/ COPART	Nº DE BENEF
0-18	161,41	176,33		183,52	200,49		200,11	218,69	
19-23	201,76	220,42		229,40	250,62		250,14	273,36	
24-28	252,20	275,52		286,75	313,27		312,68	341,70	
29-33	277,42	303,07		315,43	344,60		343,94	375,87	
34-38	291,29	318,23		331,20	361,83		361,14	394,66	
39-43	320,42	350,05		364,32	398,01		397,25	434,13	
44-48	400,52	437,56		455,39	497,51		496,57	542,66	
49-53	440,57	481,32		500,93	547,26		546,23	596,92	
54-58	550,72	601,65		626,17	684,08		682,78	746,15	
> 58	963,75	1.052,89		1.095,79	1.197,14		1.194,87	1.305,77	

FORMULÁRIO DE ADESÃO

Faixa etária	<input type="checkbox"/> AMIL 700 NC QP (2,5,2,2,2,2,5)			<input type="checkbox"/> LINCX LT3 NC QP (3,2,2,2,2,3)			<input type="checkbox"/> LINCX LT4 NC QP (4,3,3,3,3,4)		
	<input type="checkbox"/> C/ COPART	<input type="checkbox"/> S/ COPART	Nº DE BENEF	<input type="checkbox"/> C/ COPART	<input type="checkbox"/> S/ COPART	Nº DE BENEF	<input type="checkbox"/> C/ COPART	<input type="checkbox"/> S/ COPART	Nº DE BENEF
0-18	251,65	275,32		344,66	375,45		581,97	645,95	
19-23	314,56	344,15		430,83	469,31		727,46	807,43	
24-28	393,20	430,19		538,54	586,64		909,32	1.009,29	
29-33	432,51	473,21		592,39	645,30		1.000,26	1.110,22	
34-38	454,14	496,87		622,01	677,56		1.050,27	1.165,73	
39-43	499,55	546,56		684,21	745,32		1.155,30	1.282,31	
44-48	624,44	683,20		855,26	931,65		1.444,12	1.602,88	
49-53	686,89	751,52		940,79	1.024,82		1.588,53	1.763,17	
54-58	858,61	939,39		1.175,99	1.281,02		1.985,66	2.203,97	
> 58	1.502,57	1.643,94		2.057,98	2.241,79		3.474,91	3.856,94	

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 e comprometo-me a permanecer no plano por no mínimo 12 meses e 6 após a última utilização.

Data

Assinatura do beneficiário