

Titular:				Fone:	
<input type="checkbox"/> H1 L2 R2	<input type="checkbox"/> H2 L2 R2	<input type="checkbox"/> H4 L3 R3	<input type="checkbox"/> **Odontologia	Vigência a partir de:	
BANCO		AG.	C/C		
Data de Nasc:		CPF:	Est. civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Endereço:					
Complemento:				CEP:	
Cidade:			Estado:		
Nome da Mãe:					
Dependente 1:					
Data de Nasc:		CPF:	Est. Civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Nome da Mãe:				Parentesco:	<input type="checkbox"/> **Odontologia
Dependente 2:					
Data de Nasc:		CPF:	Est. Civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Nome da Mãe:				Parentesco:	<input type="checkbox"/> **Odontologia
Dependente 3:					
Data de Nasc:		CPF:	Est. Civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Nome da Mãe:				Parentesco:	<input type="checkbox"/> **Odontologia
Agregado 1					
<input type="checkbox"/> H1 L2 R2	<input type="checkbox"/> H2 L2 R2	<input type="checkbox"/> H4 L3 R3	<input type="checkbox"/> **Odontologia	Vigência a partir de:	
Dt. de Nasc:		CPF:	Est. Civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Nome da Mãe:				Parentesco:	
Agregado 2					
<input type="checkbox"/> H1 L2 R2	<input type="checkbox"/> H2 L2 R2	<input type="checkbox"/> H4 L3 R3	<input type="checkbox"/> **Odontologia	Vigência a partir de:	
Dt. de Nasc:		CPF:	Est. Civil:		
RG:	Órgão Expedidor		Data da Expedição		
Nome da Mãe:				Parentesco:	

O AGREGADO NÃO PODERÁ TER O PLANO SUPERIOR AO DO TITULAR

- ❖ **H1 L2 R2:** Oferece Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Não oferece cobertura para o Hospital Albert Einstein, Sírio Libanês, hospital do Coração e os laboratórios Fleury . O valor do reembolso para consulta é de R\$ 70,00 (setenta reais).
- ❖ **H2 L2 R2:** Oferece Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração e o **Hospital Sírio Libanês para procedimentos eletivos** – sem o Pronto Socorro. Não oferece cobertura para o Hospital Albert Einstein, laboratórios Fleury.. O valor do reembolso para consulta é de R\$ 70,00 (setenta reais).
- ❖ **H4 L3 R3:** Oferece os **Hospitais Albert Einstein, Sírio Libanês, Oswaldo Cruz, Coração e todos os descritos nos planos acima. Laboratório Fleury sem franquia dentre outros.**
- ❖ ****PLANO ODONTOLÓGICO R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por pessoa. Havendo opção por este plano, a inclusão do titular é obrigatória.**
- ❖ Declaro que tenho ciência plena das coberturas oferecidas pelo plano _____ que escolhi (cujos benefícios estão indicados acima) e que poderei utilizá-lo apenas a partir das 0h00 do dia primeiro do mês subsequente ao de minha inscrição.
- ❖ Todos os planos regem a Lei 9656/98. As coberturas são as descritas nas tabelas da Associação Médica Brasileira, edições 90 e 92 mais o Rol de procedimentos do Ministério da Saúde.
- ❖ **Anexar a esta ficha a declaração de saúde.**
- ❖ Estou ciente e de acordo com o descrito acima.