



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO - ASSEJUS
(ODONTOPREV – ODONTOLÓGICO)

Eu, _____ Da Associação: _____ Matricula
nº. _____, telefone _____
_____ Solicito a adesão da **ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**.

PLANO – REGISTRO ANS	VALOR PERCAPITA EM REAIS	PLANO CONTRATADO
INTEGRAL	R\$14,90	()
MASTER	R\$ 79,90	()

Obs: Só poderá aderir à um tipo de plano para o titular e dependentes (cônjuge, filhos e dependentes econômicos ou equivalentes, conforme legislação do INSS e declaração do imposto de renda).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura

NOME (TITULAR - SEM ABREVIACÕES):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
SEXO:	ESTADO CIVIL:

NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:

NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:



NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:

NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:

NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL:

NOME (DEPENDENTE):	
NOME DA MÃE:	
CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	DATA DE CASAMENTO:
SEXO:	ESTADO CIVIL: