



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA JURÍDICA – RJ

RJ: Av. das Américas, 4.200 - bloco 3 - ed. São Paulo - Barra da Tijuca - CEP 22640-907 - CNPJ 29.309.127/0122-66
 DF: Sator Comercial Sul, quadra 6 - bloco A - 3ª e 5ª andares - ed. Bandeirantes - CEP 70300-910 - CNPJ 29.309.127/0094-78
 PR: Alameda Doutor Carlos de Carvalho, 715 - Centro - Curitiba - CEP 80430-160 - CNPJ 29.309.127/0086-68
 SP: Av. Cauaxi, 118 - Barueri - SP - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-67

Para qualquer informação, ligue:
 RJ: (21) 3311-1000
 DF: (61) 3217-1000
 PR: (41) 3320-1000
 ALPHAVILLE: (11) 4197-1000
 SP: (11) 3061-1000

LEI Nº 9.656, DE 3/6/1998

ANS - nº 326305



CONTRATO Nº PJ _____

CONTRATO Nº DPJ _____

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

APJ 1005452 8

DADOS DA EMPRESA

código da empresa médica	código da empresa dental	nome da empresa
(complemento - nome da empresa)		filial
		data da ocorrência

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ADITIVOS AMIL

PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

código do produto	nome do produto	PRC	Co-participação	Resgate Saúde	Amil Assistência Multiviagem	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	código do produto Dental	PRC-D
		J R	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

0 nome										
CPF	EC	data de nascimento	SE	Amil Assistência Multiviagem						
				<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não					
nome da mãe	data de nascimento									
endereço para correspondência (nome do logradouro)										número
complemento	bairro				CEP					
município			UF	e-mail						
telefone residencial	telefone comercial			ramal	telefone celular					

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

nome do banco	banco nº	agência nº	conta corrente nº

LEGENDAS

TABELA DE GRAU DE PARENTESCO (GP)
 (1) pai/mãe (2) cônjuge (3) filho/filha (4) outros

TABELA DE ESTADO CIVIL (EC)
 (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) outros

TABELA DE SEXO (SE)
 F - feminino M - masculino

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1 nome										
CPF	PRC	GP	EC	data de nascimento	SE	Multiviagem	odontológico	código do produto Dental		
						<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
nome da mãe	data de nascimento									
2 nome										
CPF	PRC	GP	EC	data de nascimento	SE	Multiviagem	odontológico	código do produto Dental		
						<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
nome da mãe	data de nascimento									
3 nome										
CPF	PRC	GP	EC	data de nascimento	SE	Multiviagem	odontológico	código do produto Dental		
						<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
nome da mãe	data de nascimento									
4 nome										
CPF	PRC	GP	EC	data de nascimento	SE	Multiviagem	odontológico	código do produto Dental		
						<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
nome da mãe	data de nascimento									

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

inclusão <input type="checkbox"/> titular	alteração <input type="checkbox"/> nome	<input type="checkbox"/> plano	<input type="checkbox"/> outros	mudança de plano		exclusão <input type="checkbox"/> total	<input type="checkbox"/> segunda
<input type="checkbox"/> dependente	<input type="checkbox"/> estado civil	<input type="checkbox"/> data de nascimento	de _____ para _____		<input type="checkbox"/> dependente direto	<input type="checkbox"/> via de	<input type="checkbox"/> cartão
						<input type="checkbox"/> outro dependente	

OUTROS DADOS

TRANSFERÊNCIA DE FILIAL

nº do contrato	matrícula	adm. na empresa/assoc.	cargo	de filial _____	para _____

Local e data _____

Assinatura do proponente/responsável _____