



## Ficha de Adesão

- ✓ SEM CARÊNCIA
- ✓ INCLUSÃO DE TODOS OS DEPENDENTES E AGREGADOS (*esposa(o), filhos, companheira(o), sogro(a), pai, mãe, irmãos, entre outros*).
- ✓ ATENDIMENTO EM TODO O BRASIL
- ✓ DESCONTO EM FÁRMACIAS EM TODO O BRASIL
- ✓ CONSULTA DE DENTISTAS VIA SMS 26562
- ✓ ATENDIMENTO EM TODAS AS ESPECIALIDADES

### Plano Bronze

**R\$ 12,12**

**Consultas** ..... (Inicial, urgência e emergência)  
**Prevenção em saúde bucal** (limpeza, aplicação de flúor)  
**Radiografia** (raio- x)  
**Dentística** ..... (Restaurações)  
**Cirurgia oral menor** ( Cirurgia realizada no consultório médico)  
**Endodontia** ..... (Tratamento de canal)  
**Periodontia** ..... (Tratamento e cirurgia de gengiva)  
**Prótese**..... ( provisória, unitária)  
**Odontopediatria**  
**Ortodontia** ..... (Colocação de aparelho gratuito na rede referenciada)



**Odontológico**



### Preencha com os seus dados

**Nome Funcionário:** ..Pedro da Cunha Lima Silva.....

Data Nascimento: ..... 30 ..... / ..... 08 ..... / ..... 1996.....      Sexo: Feminino [        ]    Masculino [    x    ]

RG: ..... 1371026742 .....    CPF: ..... 06881239530 .....    Funcio.....    CNS: ..... 703009893881578 .....

Nome da mãe: ..Aurelina da Cunha Santos.....

E-mail: ..pcls\_@hotmail.com.....      Tel: ..... 71 99325-5653 .....

End: ..... Rua Jornalista Luiz Eduardo Lobo, 118, ap. 204 .....

CEP: ..... 41250-470 .....      Salvador: .....      UF: ..... BA .....

### Preencha com os dados da sua esposa(o), filhas(os) e outros dependentes

1 - Nome: .....

Sexo: Feminino [        ]    Masculino [        ]    Data Nasc: ..... / ..... / .....    Parentesco: .....

RG: .....    CPF: .....    CNS: .....

Nome da mãe: .....

2 - Nome: .....

Sexo: Feminino [        ]    Masculino [        ]    Data Nasc: ..... / ..... / .....    Parentesco: .....

RG: .....    CPF: .....    CNS: .....

Nome da mãe: .....

3 - Nome: .....

Sexo: Feminino [        ]    Masculino [        ]    Data Nasc: ..... / ..... / .....    Parentesco: .....

RG: .....    CPF: .....    CNS: .....

Nome da mãe: .....



4 - Nome: .....

Sexo: Feminino [     ] Masculino [     ] Data Nasc: ..... / ..... / ..... Parentesco: .....

RG: ..... CPF: ..... CNS: .....

Nome da mãe: .....

5 - Nome: .....

Sexo: Feminino [     ] Masculino [     ] Data Nasc: ..... / ..... / ..... Parentesco: .....

RG: ..... CPF: ..... CNS: .....

Nome da mãe: .....

6 - Nome: .....

Sexo: Feminino [     ] Masculino [     ] Data Nasc: ..... / ..... / ..... Parentesco: .....

RG: ..... CPF: ..... CNS: .....

Nome da mãe: .....

7 - Nome: .....

Sexo: Feminino [     ] Masculino [     ] Data Nasc: ..... / ..... / ..... Parentesco: .....

RG: ..... CPF: ..... CNS: .....

Nome da mãe: .....

8 - Nome: .....

Sexo: Feminino [     ] Masculino [     ] Data Nasc: ..... / ..... / ..... Parentesco: .....

RG: ..... CPF: ..... CNS: .....

Nome da mãe: .....

Data: 23 / 08 / 1996

Assinatura Funcionário: .....

Pedro da Cunha Lima Silva