

INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	2ª VIA	EXCLUSÃO	PLANO
<input type="checkbox"/> titular <input type="checkbox"/> dependente <input type="checkbox"/> agregado	<input type="checkbox"/> nome <input type="checkbox"/> data de nascimento <input type="checkbox"/> estado civil <input type="checkbox"/> plano <input type="checkbox"/> transferência entre filiais <input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> titular <input type="checkbox"/> dependente <input type="checkbox"/> agregado	<input type="checkbox"/> titular <input type="checkbox"/> dependente <input type="checkbox"/> agregado MOTIVO <input type="checkbox"/> demissão <input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> (DENTAL I - TIT) - 10132 <input type="checkbox"/> (DENTAL II - TIT) - 10148 <input type="checkbox"/> (DENTAL I - DEP) - 10236 <input type="checkbox"/> (DENTAL II - DEP) - 10241 <input type="checkbox"/> Outros _____ USO EXCLUSIVO DA AMIL DENTAL n° do contrato _____ DJ _____

Empresa			Código	Filial
Titular			CPF	
Endereço				
Complemento			Bairro	
Município	UF	Telefone	CEP	Data de nascimento
				SE EC

1	Dependente	Data de nascimento	SE	EC	GP
2	Dependente	Data de nascimento	SE	EC	GP
3	Dependente	Data de nascimento	SE	EC	GP
4	Dependente	Data de nascimento	SE	EC	GP
5	Dependente	Data de nascimento	SE	EC	GP

LEGENDA	TABELA DE ESTADO CIVIL (EC)	TABELA DE SEXO (SE)	GRAU DE PARENTESCO (GP)
	(1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado (6) outros	F - feminino M - masculino	(1) pai/mãe (2) cônjuge (3) filho/filha (4) outros

TABELA DE CÓDIGOS DE PLANOS									
Dental II Plus	Titular 310180	Dental III	Titular 10127	Quality I	Titular 188	Quality II	Titular 193	Basic	Titular 1101
	dependente 10283		dependente 10221		dependente 686		dependente 691		dependente 1703

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Declaro ter conhecimento de que o tempo mínimo de permanência no plano de qualquer beneficiário inscrito é de 12 (doze) meses.
- Tenho conhecimento de que as exclusões somente poderão ocorrer 6 (seis) meses da realização do último tratamento.
- Assumo o pagamento dos eventuais custos decorrentes da utilização indevida após a exclusão de qualquer beneficiário inscrito nesta solicitação de adesão.
- Tenho conhecimento do eventual encaminhamento para consultas de avaliação, com consultores odontológicos, sendo essas consultas de caráter obrigatório para a continuidade do tratamento dentário.
- Comprometo-me, ainda, a devolver, ao término do contrato ou devido à minha exclusão como empregado da Contratante, os documentos pertencentes a esta, principalmente a carteira de identificação, responsabilizando-me pelas utilizações indevidas.

local, data _____ assinatura _____