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: Setor Comercial Sul, quadra 6 - bloco A - 3º e 5º andares - ed. Bandeirantes - CEP 70300-910 - CNPJ 29.309.127/0094-78
PR: Alameda Doutor Carlos de Carvalho, 715 - Centro - Curitiba - CEP 80430-180 - 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

Amil CONTRATO Nº PJ ____-____

Amil Dental CONTRATO Nº DPJ ____

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO: APJ 1399551 0

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		código do produto Dental	PRC-D
		J R	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não		

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

0 nome

CPF	EC	data de nascimento	SE	Amil Assistência Multiviagem	
				☐ sim ☐ 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 ☐ sim ☐ não | odontológico ☐ sim ☐ não | código do produto Dental
nome da mãe | data de nascimento

2
nome
CPF | PRC | GP | EC | data de nascimento | SE | Multiviagem ☐ sim ☐ não | odontológico ☐ sim ☐ não | código do produto Dental
nome da mãe | data de nascimento

3
nome
CPF | PRC | GP | EC | data de nascimento | SE | Multiviagem ☐ sim ☐ não | odontológico ☐ sim ☐ não | código do produto Dental
nome da mãe | data de nascimento

4
nome
CPF | PRC | GP | EC | data de nascimento | SE | Multiviagem ☐ sim ☐ não | odontológico ☐ sim ☐ não | código do produto Dental
nome da mãe | data de nascimento

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

inclusão	alteração	mudança de plano	exclusão	
☐ titular ☐ dependente	☐ nome ☐ plano ☐ outros ☐ estado civil ☐ data de nascimento	de ____ para ____	☐ total ☐ dependente direto ☐ outro dependente	segunda ☐ via de cartão

OUTROS DADOS

nº do contrato	matrícula	adm. na empresa/assoc.	cargo

TRANSFERÊNCIA DE FILIAL

de filial	para

Local e data _____ Assinatura do proponente/responsável _____

1ª via - Amil