



ADEPOL - Associação dos Delegados de Polícia do Estado do Paraná

NOME DO (A) ASSOCIADO (A): _____

TELEFONE () _____ CELULAR () _____ ()

ACOMODAÇÃO	() ENFERMARIA	() APARTAMENTO
------------	----------------	-----------------

AMBULÂNCIA (SOS)	VALOR POR PESSOA
() SIM () NÃO	R\$ 13,98

*Abrangência SOS:

Curitiba, São José dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ibiporã.



INCLUSÃO COM ANÁLISE DE PORTABILIDADE	() SIM	() NÃO
---------------------------------------	---------	---------

*Para análise de portabilidade, anexar a declaração de vínculo com a operadora.

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA REG. ANS 474.934/15-1 AMB + HOSP. ENF + OBST	APARTAMENTO REG. ANS 474.935/15-9 AMB + HOPS. APTO + OBST
0 a 18	R\$ 366,81	R\$ 468,00
19 a 23	R\$ 442,86	R\$ 578,72
24 a 28	R\$ 475,63	R\$ 640,42
29 a 33	R\$ 510,23	R\$ 694,39
34 a 38	R\$ 544,23	R\$ 747,10
39 a 43	R\$ 611,10	R\$ 850,17
44 a 48	R\$ 709,63	R\$ 1.007,30
49 a 53	R\$ 820,61	R\$ 1.190,19
54 a 58	R\$ 981,46	R\$ 1.467,34
Acima de 59	R\$ 1.373,55	R\$ 1.722,27

*** TABELA DE VALORES PARA O PLANO SEM COPARTICIPAÇÃO. COBERTURA NACIONAL.
VIGÊNCIA: 11/2024 A 10/2025.**

* Abrangência do plano: Cobertura nacional.

Movimentações: Até o dia 12/mês.

DENTAL UNI	VALOR POR PESSOA
() SIM () NÃO	R\$ 14,05



*Favor selecionar as opções escolhidas.

****Não somos responsáveis por qualquer movimentação, bem como cobranças devidas ou indevidas dos futuros planos e/ou anteriores ao contratado via ADEPOL-PR.**

Rua Padre Agostinho, 850 - Mercês - CEP 80430-050 – Curitiba-PR

Fone: (41) 3222-9241 /



(41) 99206-8187 E-mail: adepol@terra.com.br



FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO UNIMED E DENTAL UNI

Associado (a):

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: ____ RG Nº: ____ Órgão Expedidor/UF: ____ Estado Civil: ____
Celular: () ____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro ____
Nome da mãe: ____
Email: ____
() **INCLUSÃO UNIMED** () **INCLUSÃO DENTAL UNI**

Dependente (1):

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: ____ RG Nº: ____ Órgão Expedidor/UF: ____ Estado Civil: ____
Celular: () ____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro ____
Nome da mãe: ____
Email: ____
() **INCLUSÃO UNIMED** () **INCLUSÃO DENTAL UNI**

Dependente (2):

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: ____ RG Nº: ____ Órgão Expedidor/UF: ____ Estado Civil: ____
Celular: () ____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro ____
Nome da mãe: ____
Email: ____
() **INCLUSÃO UNIMED** () **INCLUSÃO DENTAL UNI**

Dependente (3):

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: ____ RG Nº: ____ Órgão Expedidor/UF: ____ Estado Civil: ____
Celular: () ____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro ____
Nome da mãe: ____
Email: ____
() **INCLUSÃO UNIMED** () **INCLUSÃO DENTAL UNI**

DENTAL UNI

Valor mensal R\$ 14,05 (por pessoa).

Carência: 72 hs após a inclusão.

Tempo de permanência: 12 meses para exclusão.

Movimentações: Até dia 18/mês, para inclusão 1º dia (útil) do mês subsequente.

Exclusões: Até o dia 12/mês.

Abrangência: Cobertura nacional.

_____, ____/____/____

Assinatura do (a) Associado (a)

Rua Padre Agostinho, 850 - Mercês - CEP 80430-050 – Curitiba-PR

Fone: (41) 3222-9241 /



(41) 99206-8187 E-mail: adepol@terra.com.br