



ADEPOL - Associação dos Delegados de Polícia do Estado do Paraná

NOME DO (A) ASSOCIADO (A): _____

NOME DO (A) BENEFICIÁRIO (A): _____

E-MAIL: _____

TELEFONE () _____ CELULAR () _____  () _____

ACOMODAÇÃO () **ENFERMARIA** () **APARTAMENTO**



AMBULÂNCIA (SOS)		VALOR POR PESSOA	
() SIM	() NÃO	R\$	12,10

***Abrangência SOS: Curitiba, São José dos Pinhais, Araucária, 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\$ 275,90	R\$ 351,65
19 a 23	R\$ 332,83	R\$ 434,55
24 a 28	R\$ 357,37	R\$ 480,74
29 a 33	R\$ 383,27	R\$ 521,14
34 a 38	R\$ 408,72	R\$ 560,60
39 a 43	R\$ 458,78	R\$ 637,76
44 a 48	R\$ 532,54	R\$ 755,39
49 a 53	R\$ 615,63	R\$ 892,30
54 a 58	R\$ 736,04	R\$ 1.099,79
Acima de 59	R\$ 1.029,58	R\$ 1.290,63

*** TABELA DE VALORES PARA O PLANO SEM COPARTICIPAÇÃO. VIGÊNCIA: 11/2021 A 10/2022.**

Movimentações: Até o dia 12/mês.

DENTAL UNI		VALOR POR PESSOA
() SIM	() NÃO	R\$ 12,63



***Favor selecionar as opções escolhidas.**

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

Fone: (41) 3222-9241 /  (41) 99206-8187 E-mail: adepol@terra.com.br

Rubricar

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO 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: _____

Dependente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____

Dependente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____

Dependente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____

_____, ____/____/____

Atenciosamente,

Associado(a)