



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\$	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	
	R\$		R\$	
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\$ 13,64



***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

Rubricar



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO



Associado (a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____
Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____
Nome da mãe: _____
Email: _____

Dependente (1): _____
Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____
Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____
Nome da mãe: _____
Email: _____

Dependente (2): _____
Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____
Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____
Nome da mãe: _____
Email: _____

Dependente (3): _____
Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: ____
Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____
Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____
Nome da mãe: _____
Email: _____

Valor mensal R\$ 13,64 (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.

_____, ____/____/____
Atenciosamente,

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