

**Cuide do
seu sorriso
e de quem
você ama!**



Planos Odontológicos Odonto Empresas



Mais de 7 mil dentistas credenciados, em mais de 1.000 cidades em todo o país



Busca de rede por SMS gratuita



Aplicativo Exclusivo

PLANO SIGMA

Apenas R\$ 17,86/mês por pessoa

- Urgências e emergências
- Consultas
- Odontopediatria
- Radiologia (inclusive panorâmica)
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor)
- Cirurgia (extração de dentes)
- Dentística (restaurações)
- Endodontia (tratamento de canal)
- Periodontia (tratamento da gengiva)
- Prótese (novo rol mínimo)

Benefício adicional

- Instalação de aparelho ortodôntico

PLANO BETA

Apenas R\$ 19,49/mês por pessoa

Sigma +

12 procedimentos como placa para clareamento caseiro, clareamento do dente desvitalizado, entre outros

PLANO ALFA

Apenas R\$ 27,09/mês por pessoa

Beta +

Documentação ortodôntica e placa de bruxismo

PLANO ALFA ORTO

Apenas R\$ 58,09/mês por pessoa

Alfa+

Ortodontia (documentação e manutenção mensal do aparelho)

PLANO ALFA PRO

Apenas R\$ 71,74/mês por pessoa

Alfa+

Próteses

Todas as próteses, exceto sobre implante

PLANO DELTA

Apenas R\$ 79,39 /mês por pessoa

Alfa+

Ortodontia (documentação e manutenção mensal do aparelho) + próteses (todas as próteses, exceto sobre implante)

Ficha Cadastral

Inclusão Alteração Exclusão 

Dados Pessoais do Titular

Empresa _____
Titular⁽¹⁾ _____
Data Nasc. _____ Data Admissão _____ Matrícula _____
CPF _____ R.G. _____ Órgão Emissor _____
Sexo Masc Fem Estado Civil _____ Plano _____
Cargo _____ CNS⁽²⁾ _____
Nome da mãe⁽¹⁾ _____

Dependentes/agregados

1) Nome⁽¹⁾ _____ Sexo M F
Data Nasc. _____ Parentesco⁽³⁾ _____ CPF⁽⁴⁾ _____ Est. Civil _____
Data Casamento _____ Nome da mãe⁽¹⁾ _____
CNS⁽²⁾ _____ N° Declaração de Nascido Vivo⁽⁵⁾ _____

2) Nome⁽¹⁾ _____ Sexo M F
Data Nasc. _____ Parentesco⁽³⁾ _____ CPF⁽⁴⁾ _____ Est. Civil _____
Nome da mãe⁽¹⁾ _____
CNS⁽²⁾ _____ N° Declaração de Nascido Vivo⁽⁵⁾ _____

3) Nome⁽¹⁾ _____ Sexo M F
Data Nasc. _____ Parentesco⁽³⁾ _____ CPF⁽⁴⁾ _____ Est. Civil _____
Nome da mãe⁽¹⁾ _____
CNS⁽²⁾ _____ N° Declaração de Nascido Vivo⁽⁵⁾ _____

4) Nome⁽¹⁾ _____ Sexo M F
Data Nasc. _____ Parentesco⁽³⁾ _____ CPF⁽⁴⁾ _____ Est. Civil _____
Nome da mãe⁽¹⁾ _____
CNS⁽²⁾ _____ N° Declaração de Nascido Vivo⁽⁵⁾ _____

Dados de Contato

Endereço Residencial _____
Número _____ Complemento _____ Bairro _____
Cidade _____ UF _____ CEP _____
Celular _____ Tel. Res. _____ Tel. Coml. _____
E-mail _____

Inclusão Alteração Exclusão

(1) Preencher com o nome completo sem abreviações.

(2) CNS - Cartão Nacional de Saúde.

(3) Utilize os números ao lado para preenchimento do campo 'Parentesco':

(4) Obrigatório o CPF para maiores de 18 anos.

(5) Necessária apresentação para nascidos a partir de 01/01/2010.

01 - Cônjuge	07 - Enteado(a) universitário(a) até 24 anos	13 - Irmão/Irmã
02 - Companheiro(a)	08 - Enteado(a) inválido(a)	14 - Tio(a)
03 - Filho(a) menor até 21 anos	09 - Tutelado(a) menor até 21 anos	15 - Sobrinho(a)
04 - Filho(a) universitário(a) até 24 anos	10 - Tutelado(a) universitário até 24 anos	16 - Neto/Bisneto(a)
05 - Filho(a) inválido(a)	11 - Mãe/Pai	17 - Avô/Bisavô(a)
06 - Enteado(a) menos até 21 anos	12 - Padrasto/Madrasta	

Estou ciente das condições de contratação e autorizo o desconto em folha de pagamento de importância relativa à minha contribuição para o Plano Odontológico mencionando em meu benefício e de meus dependentes elegíveis.

Assinatura do Titular

Data _____

Central de Atendimento:
4003 7707 ou 0800 880 7707
www.odontoempresas.com.br