

USO INTERNO: Cód. cliente _____ Cód. grupo. emp. _____

 Relacionamento empresarial: Formulário de / para (anexo) Aditivo grupo (anexo)

I - DADOS DO CONTRATANTE

Razão Social _____

 CNPJ / - Empresário Individual (RN 432) Sim () Não ()

Rua | Av.: _____ Nº _____ Compl. _____

 Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP -

Enquadramento Fiscal: Simples Nacional Sim () Não () Inscrição Municipal _____

E-mail(1) _____ E-mail(2) _____

Telefone(s) para contato () _____ () _____

Pessoa de contato _____ Cargo _____

Representante legal para assinatura do contrato _____

II - DADOS DO CONTRATO

PLANOS DE SAÚDE OU PLANO ODONTOLÓGICO	SAÚDE OCUPACIONAL																		
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">Planos Max</td> <td style="width:50%;">Planos Flex</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Max Hosp.</td> <td><input type="checkbox"/> Just Hosp.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Max Amb.</td> <td><input type="checkbox"/> Just Amb.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Saúde Hosp.</td> <td><input type="checkbox"/> Saúde Amb.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DC Sênior II</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> <p>Coparticipação Consulta R\$ _____</p>	Planos Max	Planos Flex	<input type="checkbox"/> Max Hosp.	<input type="checkbox"/> Just Hosp.	<input type="checkbox"/> Max Amb.	<input type="checkbox"/> Just Amb.	<input type="checkbox"/> Saúde Hosp.	<input type="checkbox"/> Saúde Amb.	<input type="checkbox"/> DC Sênior II	<input type="checkbox"/> _____	<table style="width:100%;"> <tr> <td>PCMSO: R\$ _____ por funcionário</td> <td>PPRA: <input type="checkbox"/> Grau de risco 01 ou 02</td> </tr> <tr> <td>PPP: R\$ _____ por funcionário</td> <td><input type="checkbox"/> Grau de risco 03 ou 04</td> </tr> <tr> <td>Prestador anterior: _____</td> <td>Valor laudo: R\$ _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>Valor tx. excedente: R\$ _____</td> </tr> </table> <p>Serviço prestado de PCSMO: <input type="checkbox"/> Valor faturamento mínimo mensal R\$ _____</p>	PCMSO: R\$ _____ por funcionário	PPRA: <input type="checkbox"/> Grau de risco 01 ou 02	PPP: R\$ _____ por funcionário	<input type="checkbox"/> Grau de risco 03 ou 04	Prestador anterior: _____	Valor laudo: R\$ _____	_____	Valor tx. excedente: R\$ _____
Planos Max	Planos Flex																		
<input type="checkbox"/> Max Hosp.	<input type="checkbox"/> Just Hosp.																		
<input type="checkbox"/> Max Amb.	<input type="checkbox"/> Just Amb.																		
<input type="checkbox"/> Saúde Hosp.	<input type="checkbox"/> Saúde Amb.																		
<input type="checkbox"/> DC Sênior II	<input type="checkbox"/> _____																		
PCMSO: R\$ _____ por funcionário	PPRA: <input type="checkbox"/> Grau de risco 01 ou 02																		
PPP: R\$ _____ por funcionário	<input type="checkbox"/> Grau de risco 03 ou 04																		
Prestador anterior: _____	Valor laudo: R\$ _____																		
_____	Valor tx. excedente: R\$ _____																		

Vigência do contrato: ____/____/____

Vencimento da fatura (no mês de vigência): () 15 () Outro _____

Nº mínimo/faturamento mensal:

Plano de Saúde: () 02 () 11 () 30 () 50 () Outro _____

Saúde Ocupacional: () 20 () Outro _____

Plano Odontológico: () 10 () Outro _____

Para contrato de grupo: nº mínimo/faturamento mensal: _____

Taxa de implantação: R\$ _____ (por vida). Obs.: _____

Forma de cobrança da 1ª fatura:

() Via Doctor Clin () Via corretora no valor de R\$ _____

Carências e preexistências (mediante documentação comprobatória):

() 02 a 29 vidas: sem absorção de carências.

() 02 a 29 vidas: com absorção de carências conforme regras da operadora.

() 30 ou mais vidas: não haverá carências e preexistências (RN 195).

() _____

Valor mensal por beneficiário

Faixa etária		Nº vidas (Grupo inicial)	% taxa
00 a 18 anos	R\$ _____	_____	_____
19 a 23 anos	R\$ _____	_____	_____
24 a 28 anos	R\$ _____	_____	_____
29 a 33 anos	R\$ _____	_____	_____
34 a 38 anos	R\$ _____	_____	_____
39 a 43 anos	R\$ _____	_____	_____
44 a 48 anos	R\$ _____	_____	_____
49 a 53 anos	R\$ _____	_____	_____
54 a 58 anos	R\$ _____	_____	_____
59 anos ou +	R\$ _____	_____	_____

Para empresas de grande porte

Mediante autorização prévia da Doctor Clin.

Faixa Única R\$ _____

III - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Todos os funcionários serão cadastrados no plano () Sim () Não

Funcionários contribuirão para o plano..... () Sim () Não

Empresa possuía plano.. () Não () Sim - Qual? _____

Cobertura..... () Amb () Hosp () Odonto

Motivo da troca:..... () Insatisfação () Financeiro () Outro _____

Obs.: _____

Corretora credenciada: _____	Cód.: _____
Consultor/corretor: _____	Cód.: _____
Assinatura: _____	

A CONTRATANTE DECLARA que a Doctor Clin lhe ofereceu outros planos assistenciais, inclusive o PLANO REFERÊNCIA, e reafirma que por livre e espontânea vontade optou pela contratação aqui estipulada, DECLARA ainda ter recebido o MPS - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

Recebimento:	Data:	Assinatura:
Comercial: _____	____/____/____	_____
Cadastro: _____	____/____/____	_____
Faturamento: _____	____/____/____	_____

 Nome legível

 Assinatura do contratante