

Proposta de Contratação Empresarial

DADOS DO CONTRATANTE

CNPJ:
Razão Social:
Endereço: n°: Complemento:
Bairro: Cidade: UF: CEP:
Endereço de Correspondência: n°: Complemento:
Bairro: Cidade: UF: CEP:
Contato gestor:
Celular: Telefone: E-mail:
E-mail para recebimento do boleto: Inscrição Municipal:

DADOS PARA ASSINATURA DO CONTRATO DIGITAL

Representante legal:
CPF: Celular: E-mail:
Testemunha por parte da empresa:
CPF: Celular: E-mail:

DADOS DO CONTRATO

Plano contratado:
Vigência do contrato:
Número mínimo faturamento mensal: Número mínimo mensal para o grupo:
Vencimento:
Taxa de implantação:
Campanha Vigente:
Entidade Associada:

Forma de cobrança da 1º fatura:

() Via Doctor Clin () Via da corretora R\$ _____

VALOR MENSAL POR BENEFICIÁRIO

Faixa etária	00 - 18	19 - 23	24 - 28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 ou +
Valor R\$										
Nº vidas										

VALOR LINEAR (FAIXA ÚNICA): R\$ _____

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 construção aqui estipulada, DECLARA ainda ter recebido o MP5 - Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

Nome do contratante

Assinatura do Contratante

Corretora autorizada:
Corretor | Consultor:
CPF:
Assinatura: