

As empresas contratantes qualificadas abaixo, juntamente com a empresa contratante qualificada na Proposta de Contratação Empresarial, nome da empresa principal: _____, formam o grupo empresarial acima citado, e reconhecem que as condições a serem praticadas no contrato do plano de saúde como tipo de plano, valores, vencimento, reajuste, etc. serão as mesmas para TODAS as empresas do Grupo, **exceto o número mínimo mensal de beneficiários, para fins de faturamento, que será por empresa contratante.**

DADOS DAS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO:**CÓD. CLIENTE**

Razão Social: _____ N° Mínimo: _____

CNPJ / -

Endereço: _____ N° _____ Compl. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP -

Endereço de correspondência: _____ N° _____ Compl. _____

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: _____

Assinatura | Contratante**DADOS DAS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO:****CÓD. CLIENTE**

Razão Social: _____ N° Mínimo: _____

CNPJ / -

Endereço: _____ N° _____ Compl. _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP -

Endereço de correspondência: _____ N° _____ Compl. _____

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: _____

Assinatura | Contratante

DADOS DAS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO:

CÓD. CLIENTE

Razão Social: _____ N° Mínimo: _____
CNPJ / -
Endereço: _____ N° _____ Compl. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP -
Endereço de correspondência: _____ N° _____ Compl. _____
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: _____

Assinatura | Contratante

DADOS DAS DEMAIS EMPRESAS DO GRUPO:

CÓD. CLIENTE

Razão Social: _____ N° Mínimo: _____
CNPJ / -
Endereço: _____ N° _____ Compl. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP -
Endereço de correspondência: _____ N° _____ Compl. _____
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: _____

Assinatura | Contratante