



Data de início de vigência, cobertura e vencimento do 1º boleto bancário ____/____/____

Porte da Empresa / Vigência / Opção de Plano

Proposta Nº: 1139

Porte da empresa: 02 à 99 Beneficiários

A empresa terá o mês agosto como o mês base de reajuste anual, independente do mês de contratação / início do contrato.

Última data para entrega da documentação na administradora	Data da vigência e do vencimento do primeiro boleto bancário
Até o dia 20	05 do mesmo mês

Data de assinatura da proposta	Vigência e pagamento de boletos
____/____/____	Vencimento 05

Planos	Registro ANS	Acomodação	Segmentação Assistencial	Abrangência Geográfica
SÁUDE INTEGRAL	469.356/13-6	QUARTO COLETIVO	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	GRUPO DE MUNICÍPIOS

Dados da Empresa Contratante

CNPJ: 00.000.000/0001-91	Razão Social: BANCO DO BRASIL SA
Nome Fantasia: DIRECAO GERAL	
Insc. Municipal: 2222222	Insc. Estadual: 11111

Endereço (CNPJ)

Logradouro: SAUN Quadra 5 Lote B Torres I		
Número: SN	Bairro: Asa Norte	Complemento: Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601 Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601 Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601
UF: DF	Município: Brasília	CEP: 70040-912
Tel. (Empresa): (23) 33333-3333	Celular (Empresa): (33) 33333-3333	Telefone (Cobrança): (33) 33333-3333
Logradouro (Cobrança): SAUN Quadra 5 Lote B Torres I		
Número (Cobrança): SN	Bairro (Cobrança): Asa Norte	Complemento (Cobrança): Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601 Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601 Andar 1 A 16 Sala 101 A 1601
UF (Cobrança): DF	Município (Cobrança): Brasília	CEP (Cobrança): 70040-912

Sócio / Representante legal assinante do contrato

Nome: Eduardo Cesar Pasa	CPF: 878.062.907-53
Telefone: (22) 22222-222	Email: secex@bb.com.br
	Cargo: teste

Local e data

Assinatura do representante legal da empresa



Contato na empresa

Proposta Nº: 1139

Nome: Eduardo Cesar Pasa	Telefone de contato: (22) 22222-222
Cargo: teste	Email: secex@bb.com.br

Tipo de Adesão (Preenchimento manual obrigatório)

☐ Total
 ☐ Diretores
 ☐ Gerentes
 ☐ Funcionários
 ☐ Estagiário / Jovem Aprendiz

Inclusão de beneficiários (Preenchimento manual obrigatório)

☐ Titular
 ☐ Titular e Dependentes
 ☐ Titular, Dependentes e Agregados

Dados do Corretor

Nome:	
CPF:	Telefone:
Nome do distribuidor: teste	
Nome do Gerente (Supervisor):	

Resumo de valores

FAIXA ETÁRIA	VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA	QTD	VALOR INDIVIDUAL	VALOR TOTAL
00 a 18	0%	0	R\$ 99,31	R\$ 0,00
19 a 23	20,02%	1	R\$ 119,19	R\$ 119,19
24 à 28	20,03%	0	R\$ 143,06	R\$ 0,00
29 à 33	11,82%	0	R\$ 159,97	R\$ 0,00
34 à 38	19,30%	0	R\$ 190,85	R\$ 0,00
39 à 43	20,01%	0	R\$ 229,03	R\$ 0,00
44 à 48	16,58%	0	R\$ 267,01	R\$ 0,00
49 à 53	24,90%	0	R\$ 333,50	R\$ 0,00
54 à 58	24,70%	1	R\$ 415,88	R\$ 415,88
> 59	21,70%	0	R\$ 506,12	R\$ 0,00
Total de beneficiários	%	2	Valor total do contato	R\$ 535,07

Valores de Franquia	VERTE SAÚDE	Rede Credenciada
Consultas	Isento	R\$ 18,00
Fisioterapia		R\$ 6,00
Terapia Ocupacional		R\$ 10,00
Fonoaudiologia		R\$ 10,00
Psicologia		R\$ 12,00
Nutrição		R\$ 10,00
Internação Psiquiátrica		R\$ 70,00
Petscan		R\$ 500,00
Acunpuntura		R\$ 9,00
Mamografia		R\$ 14,00
Tomografia		R\$ 40,00
Ressonância		R\$ 80,00
Câmara Hiperbárica		R\$ 80,00

VALOR TOTAL GERAL (MENSALIDADES) R\$ 535.07 (_____)

(Preenchimento do valor obrigatório)

Local e data

Assinatura do representante legal da empresa

**Declaração de Saúde****Proposta Nº: 1139****Concordo com as seguintes informações adicionais:**

- Tenho ciência e estou de pleno acordo de que o início da vigência do contrato seguirá a seguinte regra: O início e cobertura do plano ocorrerão com a quitação do 1º boleto bancário, conforme data escolhida.
- O período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, deverá ser realizado em até 20 dias antes do vencimento da próxima fatura.

Caso a proposta seja efetivada, selecione abaixo a melhor opção que convier ao solicitante:

- ☐ Tenho ciência que o acesso à rede médica do meu contrato será disponibilizado através do site da operadora e do manual do associado que será entregue juntamente com o cartão de identificação do beneficiário.
- ☐ Desejo receber as futuras cobranças através de e-mail.

Declaração de termos e responsabilidades específicas**Declaro para todos os fins e efeitos que:**

- 1) Tenho ciência e estou de acordo com as condições gerais e prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à Contém estabelecer as reduções desses prazos, mediante aos documentos apresentados no ato da contratação e autorizados pela Operadora;
- 2) Assumo a responsabilidade pelas declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo a obrigação pelo pagamento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo;
- 3) Tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a Contém poderá não aceitá-lo, sendo motivo para preenchimento de uma nova proposta de contratação;
- 4) Tenho ciência da existência e disponibilidade do plano Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta;
- 5) Tenho ciência de que será de responsabilidade da empresa contratante entregar ao beneficiário titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- 6) Estou ciente de que será de responsabilidade da Contém o envio ao beneficiário titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), junto com o cartão de identificação;
- 7) Estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá em 30 dias após a data da vigência do contrato.