



Data:

Código SIS:

### Dados do Corretor

Nome do corretor:  CPF:   
 Email do corretor:  Celular:   
 Supervisor:  Nome do Repasse:   
 Multinotas:  Sim  Não Login:  Senha:

### Dados do Cliente

Razão Social:   
 Nome Fantasia:  CNPJ:   
 Nome do Contato:  Telefone:   
 Email:  Celular:

### Dados do Plano Contratado

Plano:  Coparticipação:  Sim  Não  
 Acomodação:  Enfermaria  Apartamento | Tabela de qual região?   
 Tabela:  Compulsória  Livre Adesão Valor total:   
 Faixa Etária:  
 00 a 18  39 a 43  Quantos titulares:   
 19 a 23  44 a 48   
 24 a 28  49 a 53   
 29 a 33  54 a 58  Quantos Dependentes:   
 34 a 38  59 +   
 Aditivos:  
 Dental:  Sim  Não  
 Resgate:  Sim  Não  
 Multiviagem:  Sim  Não  
 Rede Referenciada  Sim  Não  
 Endereço para correspondência:  Complemento:   
 Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:   
 Compra de Carência:  Sim  Não Repique:  Sim  Não  
 Início:  Término:  Operadora:

*Carta de Permanência*

*Três Últimos Boletos*

*Carterinha*

Enviar juntamente com este formulário preenchido os documentos abaixo:

- Declaração de saúde de todos os titulares
- Documentos de todos os beneficiários que aderirão a proposta: RG, CPF, comprovante de residência
- Para casos de empresa: Cartão CNPJ, contrato social, comprovante de residência
- Para casos de empresa tipo MEI, preencher a declaração de regularidade com firma reconhecida em cartório

No caso de envio, será solicitado uma confirmação de webmail ou programa padrão de email, selecione o modo de sua preferência.