



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: _____ Aditivos:
 19 a 23 _____ 44 a 48 _____ Dental: Sim Não
 24 a 28 _____ 49 a 53 _____ Resgate: Sim Não
 29 a 33 _____ 54 a 58 _____ Quantos Dependentes: _____ Multiviagem: Sim Não
 34 a 38 _____ 59 + _____ 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.