

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

/ /

Nome do Corretor

CPF do Corretor

Telefone do Corretor

Nome do Distribuidor

Nome do Gerente (Supervisor)

Opção de Plano / Porte da Empresa / Vigência

Opção de Plano:

 AMBULATORIAL GLOBAL

Porte:

 I - 03 A 29 BENEFICIÁRIOS II - 30 A 99 BENEFICIÁRIOSData da vigência e do vencimento
do primeiro boleto bancário

01

10

20

Última data para entrega da
documentação na Administradora

15 do mês anterior

25 do mês anterior

05 do mesmo mês

Dados da Empresa Contratante

CNPJ

Razão Social

Nome Fantasia

Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Contato na Empresa

Nome

Cargo

DDD / Telefone

E-mail

Endereço (CNPJ)

Logradouro

Logradouro - Continuação

Número

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

DDD / Telefone (empresa)

DDD / Telefone (cobrança)

DDD / Telefone (celular)

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA

Produtos Contratados - Assistência Médica

AMBULATORIAL - ANS nº: 447.493/03-7
Ambulatorial Especial Empresarial sem
Cobertura Odontológica com Coparticipação
 Segmentação: **Ambulatorial**
 Acomodação: **Não aplicável** / Reembolso: **Não**
 Abrangência: **Regional - Grupo de Municípios**

GLOBAL - ANS nº: 401.621/99-1
Hospitalar Global Standard Empresarial
sem Cobertura Odontológica com Coparticipação
 Segmentação: **Ambulatorial + Hospital com Obstetria**
 Acomodação: **Quarto Coletivo** / Reembolso: **Não**
 Abrangência: **Regional - Grupo de Municípios**

FAIXA ETÁRIA	Nº	VALOR
00 a 18		
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
> 59		

FAIXA ETÁRIA	Nº	VALOR
00 a 18		
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
> 59		

Cidades de Abrangência: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Esteio, Gravataí, Guaíba, São Leopoldo, Viamão e Porto Alegre.

Haverá o pagamento de coparticipação para consultas por parte dos beneficiários vinculados a este contrato conforme tabela abaixo, no ato do atendimento.

GRUPO	COPARTICIPAÇÃO
Consultas com psicologia, psiquiatria, nutricionista e fonoaudiologia	R\$
Demais consultas médicas	R\$

Resumo de Valores

PRODUTOS	QUANTIDADE	TOTAL
Plano Médico <input type="checkbox"/>		R\$

VALOR TOTAL R\$ _____

Taxas de Implantação

Taxa do Plano Médico	R\$
----------------------	-----

VALOR TOTAL GERAL (MENSALIDADES + TAXAS) R\$ _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA SUBESTIPULANTE

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 prazo de início ocorrerá com a quitação do 1º boleto bancário, conforme data escolhida.
- O período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, deverá ser realizado em até 15 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 meio digital.
- Desejo receber as futuras cobranças em papel.

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

- 1) Tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à Contém estabelecer as reduções desses prazos;
- 2) Assumo a responsabilidade das 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 nova proposta de contratação;
- 4) Tenho ciência da existência e disponibilidade do plano Contém 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) Estou ciente que, independentemente dos reajustes previstos no contrato **CCGPJ**, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração do porte da empresa;
- 6) Tenho ciência dos valores de coparticipação/franquia constantes na tabela de vendas vigente;
- 7) Tenho ciência de que será de responsabilidade da subestipulante entregar ao beneficiário titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS);
- 8) 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;
- 9) Estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá em 30 dias após a data da vigência do contrato.

Declaração Plano de Referência

DECLARAÇÃO - PLANO DE REFERÊNCIA

De acordo com a Lei nº 9.656/98 art. 12 § 2º, pela presente, a _____
_____, inscrita no
CNPJ/MF sob nº _____, com sede _____
_____, representada
na forma de seu contrato social, declara que tem conhecimento do Plano Referência acima explicitado,
o qual lhe foi oferecido, e que após os esclarecimentos sobre referido plano, optou pela contratação
do(s) plano(s) constantes da Proposta Contratual.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA SUBESTIPULANTE