



ANS 42.237-1

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL ((PME II-COPART/ENFERMARIA))****DADOS DA EMPRESA**

Razão Social:			
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:			Nº.:
Complemento:		Bairro:	
Município:	UF:	CEP:	CNPJ:
Nome do Contato:		Cargo:	CPF:
Tel (s) contato: ( )			
E-mail:			

**INFORMAÇÕES TÉCNICAS DA PROPOSTA**

Concentração geográfica dos funcionários (habitação):  São Paulo  São Roque  Mauá  Cotia  Osasco  
A CONTRATANTE, por este instrumento, DECLARA TOTAL ANUENCIA de que os atendimentos médico/Hospitalares serão limitados conforme grupo de municípios acima indicados, de acordo com as especificações contidas no Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde ao qual este instrumento se reporta.

Operadora de Saúde atual: \_\_\_\_\_ Possui empresas coligadas? \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Faixas Etárias	Beneficiários		Afastados	Total Vidas	Valor R\$	TOTAL R\$
	Titulares	Dependentes				
00 a 18 anos					R\$ 235,00	
19 a 23 anos					R\$ 235,00	
24 a 28 anos					R\$ 235,00	
29 a 33 anos					R\$ 235,00	
34 a 38 anos					R\$ 235,00	
39 a 43 anos					R\$ 235,00	
44 a 48 anos					R\$ 235,00	
49 a 53 anos					R\$ 235,00	
54 a 58 anos					R\$ 235,00	
> ou = 59 anos					R\$ 235,00	
<b>TOTAL</b>						

**Tipo de Contratação**

- Coletivo Empresarial com coparticipação  Plano SFS/PME II-COPART (Acomodação Enfermaria) ANS nº 497.459/23-0  
 Plano Referência - (Acomodação Enfermaria) ANS nº 492.767/22-2

Venc./Vigência	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 30
É migração total da carteira?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Existem Funcionários afastados no Grupo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
Existem Gestantes no Grupo:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Quantas?												
<b>Informar nomes, idades e códigos dos CIDs dos Funcionários afastados em relação anexa. Nada consta.</b>													

**INFORMAÇÕES DA REPRESENTAÇÃO COMERCIAL**

NOME DA CORRETORA:	Telefone: ( )
NOME DO CONSULTOR:	
Data: / /	E-Mail:

Local: São Paulo, / / **Contratação Aprovada:** \_\_\_\_\_ Assinatura do representante legal e carimbo

**Importante: As informações deste documento são de caráter estritamente confidencial e destinam-se apenas à elaboração da contratualização do plano de assistência médico-hospitalar, se aprovada e assinada.**