

PROPOSTA DE ADESÃO EMPRESARIAL

PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA



Dados da Empresa

RAZÃO SOCIAL

NOME FANTASIA

CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL

RAMO DE ATIVIDADE

ENDEREÇO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

NOME DO RESPONSÁVEL PELO DEPARTAMENTO PESSOAL

TEL. COMERCIAL 1 (DDD + NÚMERO)

TEL. COMERCIAL 2 (DDD + NÚMERO)

TEL. CELULAR (DDD + NÚMERO)

EMAIL

Responsável Legal 1

NOME COMPLETO

CPF

TELEFONE DE CONTATO (DDD+NÚMERO)

E-MAIL

Responsável Legal 2

NOME COMPLETO

CPF

TELEFONE DE CONTATO (DDD+NÚMERO)

E-MAIL

Planos: BONANZA

BUONO

Vencimento:

5

10

15

SINGOLO

SPECIALE

20

25

30

PRIMO

SUPERIORE

Local e Data

ASSINATURA DO PROPONENTE

Anexar cópias dos seguintes documentos:

- CONTRATO SOCIAL
- ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL
- CNPJ
- CPF E IDENTIDADE DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO
- FICHA FGTS (SOMENTE PARA PLANO PATROCINADO/COMPULSÓRIO)

RESERVADO À CORRETORA / REPRESENTANTE COMERCIAL

BENEFICIÁRIOS

Quantidade de Titulares

Quantidade de Dependentes

Total de Beneficiários

CORRETORA / REPRESENTANTE COMERCIAL

ASSINATURA

RESERVADO À ORALE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARECER	DATA	ASSINATURA