

FORMULÁRIO EMPRESAS COLIGADAS - PME

Este documento tem como finalidade apresentar as empresas e acordos comerciais existentes para a proposta de contratação do Plano de Saúde pela situação de coligadas.

01- DADOS DA CORRETORA

Cód. da plataforma	Cód. do concessionário	Nome completo do corretor
--------------------	------------------------	---------------------------

02- DADOS DOS CONTRATANTES

N. PROPOSTA	RAZÃO SOCIAL	CNPJ	VIDAS	VALOR R\$

03. DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Positiva Negativa Caso positiva, favor listar as doenças ou lesões existentes:

N. PROPOSTA	

04. GESTANTES

Quantidade:

Caso positiva, favor preencher:

Gestante 1: Idade: _____ Mês de gestação: _____ 1ª gestação () sim () não Teve complicações no parto () sim () não
 Gestante 1: Idade: _____ Mês de gestação: _____ 1ª gestação () sim () não Teve complicações no parto () sim () não
 Gestante 1: Idade: _____ Mês de gestação: _____ 1ª gestação () sim () não Teve complicações no parto () sim () não
 Gestante 1: Idade: _____ Mês de gestação: _____ 1ª gestação () sim () não Teve complicações no parto () sim () não
 Gestante 1: Idade: _____ Mês de gestação: _____ 1ª gestação () sim () não Teve complicações no parto () sim () não

05 - OBSERVAÇÕES

AFASTADO(S)
() não () sim - CID: _____

OUTROS:

ACEITE:

06- TOTAL DE VIDAS

07 - VIGÊNCIA DOS CONTRATOS

Local e data

Supervisor / Gerente Comercial