

FOLHA DE CORREÇÃO - CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL - PME

Folha de correção: Este documento tem como finalidade a correção por erros ou rasuras na Proposta de Contratação Empresarial - PME. O preenchimento deverá ser apenas do campo a ser alterado. Caso haja alteração de valores ou planos, a assinatura do cliente será obrigatória. Esta folha de correção, obrigatoriamente, deverá acompanhar a Proposta de Contratação Empresarial - PME.

01 - DADOS DA PLATAFORMA/ASSESSORIA

Cód. plat./assess.	Nome plataforma/assessoria	CPF do vendedor
Cód. concessionária	Nome da concessionária	Nome do vendedor
Celular do vendedor	E-mail do vendedor	

02 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (PROPONENTE)

Razão social	CNPJ	Inscrição estadual
--------------	------	--------------------

03 - DADOS PARA COBRANÇA E NOTIFICAÇÕES (OBRIGATÓRIO)

Os seguintes documentos serão enviados exclusivamente por meio eletrônico, de acordo com os dados fornecidos neste campo: Boleto/Fatura para pagamento, Aviso de vencimento do boleto, Aviso de inadimplência, Notificação de cancelamento, Aviso de alteração de rede hospitalar e demais comunicações obrigatórias por força deste contrato.

Nome do responsável financeiro	CPF do responsável financeiro
DDD	Telefone do responsável financeiro
E-mail do responsável financeiro	

04 - ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE

CEP	Endereço
Nº	Complemento
Bairro	UF
Cidade	

05 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR PLANO

PERSONAL UP NV (Coletiva)	ADAPT 300 SUL MG (Coletiva)	ADAPT 300 (Privativa)	Business – Referência (Coletiva)
PERSONAL UP NV (Privativa)	ADAPT 300 SUL MG (Privativa)	ADAPT 500 RM BH (Coletiva)	
ADAPT 300 OESTE MG (Coletiva)	ADAPT 300 TRI NV (Coletiva)	ADAPT 500 RM BH (Privativa)	
ADAPT 300 OESTE MG (Privativa)	ADAPT 300 TRIANGULO MG (Coletiva)	ADAPT 500 (Coletiva)	
ADAPT 300 RM BH (Privativa)	ADAPT 300 TRIANGULO MG (Privativa)	ADAPT 500 (Privativa)	
ADAPT 300 RM BH (Coletiva)	ADAPT 300 (Coletiva)	PROGRESS 550 (Privativa)	

☐ Declaro haver recusado a oferta do plano referência

06 - MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO
☐ Sem coparticipação ☐ Com coparticipação

07 - CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A assistência odontológica contratada será disponibilizada de acordo com a opção abaixo:

☐ Produto Top Premium F ☐ Produto Top Premium

08 - DADOS PARA PAGAMENTO

Valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) R\$

A Proponente receberá o boleto para pagamento da 1ª mensalidade no endereço eletrônico informado no Campo “3 – Dados para Cobrança e Notificações”, de acordo com os valores estabelecidos para o(s) plano(s) contratado(s) e número de beneficiários participantes. O envio do boleto está condicionado à aprovação da presente proposta, considerando a legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários informados.

Local e data Assinatura do responsável legal da empresa e carimbo CNPJ