

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES
EMPRESAS DE 30 A 249 BENEFICIÁRIOS****01- DADOS DA PLATAFORMA**

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

02- DADOS DOS CONTRATANTES

RAZÃO SOCIAL	CNPJ	VIDAS	VALOR R\$
--------------	------	-------	-----------

OPERADORA / PLANO(S) ATUAL(IS)	Tempo de Permanência
--------------------------------	----------------------

QUESTIONÁRIO

Para as questões com respostas positivas, favor informar o motivo (utilizando o CID-10) e encaminhar relatório médico mais recente

1 - Há beneficiário(s) com internação hospitalar? Qual(is)?

2 - Há beneficiário(s) com Internação Domiciliar/Home Care? Qual(is)?

3 - Há beneficiário(s) afastado(s)? Qual(is)? Há quanto tempo?

4 - Há beneficiário(s) em tratamento de alta complexidade/alto custo? Qual(is)?

5 - Há aposentado(s)? Qual(is)? E demitidos? Qual(is)?

6 - Em caso de plano atual, todos os titulares possuem registro no FGTS? Em caso negativo, informar qual(is).

7 - Na existência de plano atual, informar os 15 maiores custos dos últimos 12 meses.

8 - Há gestantes? Qual(is) ?

9 - Há grupos de adesão?

DECLARAÇÃO:

A contratante declara para todos os fins de direito que:

- 1 - Está ciente que este formulário de informações e os dados para cadastro (em meio físico ou eletrônico) constituem parte integrante, mas não substituem a proposta de adesão enviada à pretensa contratada.
- 2 - É responsável pela veracidade e exatidão de todas as informações prestadas e tem consciência de que a omissão ou inexatidão de tais informações que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal poderá implicar na rescisão do Contrato, dentre outras consequências.

Local e data	Assinatura do responsável legal
--------------	---------------------------------