

DADOS CADASTRAIS

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

RAMO DE ATIVIDADE:

ENDEREÇO:

Nº: **COMPLEMENTO:** **BAIRRO:** **CIDADE:** **CEP:** **UF:**

ENDEREÇO PARA COBRANÇA:

DEPARTAMENTO:

Nº: **COMPLEMENTO:** **BAIRRO:** **CIDADE:** **CEP:** **UF:**

NOME DA PESSOA PARA CONTATO:

DEPARTAMENTO:

E-MAIL PARA ENVIOS DE NOTAS FISCAIS E BOLETO BANCÁRIO:

TELEFONE:

FAX:

NOME COMPLETO DO(S) SÓCIO(S) PROPRIETÁRIO(S) DA EMPRESA

CPF:

CÁLCULO DOS PLANOS CONTRATADOS (QUANTIDADE X FAIXAS ETÁRIAS X PREÇO)

FAIXAS ETÁRIAS	Nº DE VIDAS AMP 130E PJ ENFERMARIA (Titulares + Dependentes)	(VALOR TOTAL EM REAIS) AMP 130E PJ 496.987/23-1	Nº DE VIDAS AMP 160E ENFERMARIA (Titulares + Dependentes)	(VALOR TOTAL EM REAIS) AMP 160E 490.569/21-5	Nº DE VIDAS AMP 260E ENFERMARIA (Titulares + Dependentes)	(VALOR TOTAL EM REAIS) AMP 260E 490.564/21-4	Nº DE VIDAS AMP 260A APARTAMENTO (Titulares + Dependentes)	(VALOR TOTAL EM REAIS) AMP 260A 496.986/23-3
00 a 18								
19 a 23								
24 a 28								
29 a 33								
34 a 38								
39 a 43								
44 a 48								
49 a 53								
54 a 58								
59 ou +								
TOTAL								

DATA DE INÍCIO E PAGAMENTO DA FATURA

DATA ADESÃO	DATA VIGÊNCIA
01 a 05	15
06 a 10	20
11 a 15	25
16 a 20	30
21 a 25	05
26 a 31	10

CÁLCULO DA MENSALIDADE

MENSALIDADE	R\$
ODONTOLÓGICO	R\$
TAXA DE ADESÃO	R\$
TOTAL	R\$
RECIBO	

RECEBEMOS A IMPORTÂNCIA ACIMA CORRESPONDENTE AO PAGAMENTO DA TAXA MENSAL E DA TAXA ÚNICA DE IMPLANTAÇÃO POR CONTRATO

LOCAL E DATA DA ADESÃO

CARIMBO E ASSINATURA DA CONTRATANTE

CONTRATO REGISTRADO NO 9º OFICIAL REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS SOB Nº 1.427.617 de 06/10/2023

RECIBO DE PAGAMENTO - 1ª PARCELA

Recebemos a importância de R\$ _____ (_____) referente a primeira parcela do Plano de Assistência Médica ora contratado.

DADOS DA CORRETORA

PLATAFORMA DE VENDAS	GERENTE
CORRETORA DE VENDAS	SUPERVISOR
CORRETOR/VENDEDOR (NOME COMPLETO)	CPF
E-MAIL	