

**Identificação da Empresa**

Razão Social			CNPJ		
Nome Fantasia					
Ramo de Atividade					
Endereço			nº	Compl	
Bairro	Cidade			CEP	
Contato	Cargo			Depto.	
Telefones	E-mail			Fax	

**Informações Complementares**

A empresa possui Plano de Saúde em vigor  Sim  Não  Plano Novo

Operadora atual  Tempo de Contrato

Data Início de Vigência  Custo Mensal Atual

Qual o motivo para a substituição  MELHOR OPÇÃO EM TERMO DE QUALIDADE

Contratação Compulsória  Sim  Não

O grupo representa  100% FGTS  100% Plano Anterior  < 100%

Todos os Titulares comprovam vínculo ou constam no Contrato Social  Sim  Não

Contratação por Adesão  Sim  Não

Pagamento Contributário  Sim  Não

**Contributário = Pagamento compartilhado com o funcionário** Indicar %  Empresa  Funcionário

Remissão por Morte  Sim  Não

Possui Empresa Coligada  Sim  Não CNPJ

Contratação para Dependentes  Sim  Não Incluir  Sim  Não

Agregados  Sim  Não Incluir  Sim  Não

Prestadores  Sim  Não Quantos

\*\*\* Contratação formalizada

Estagiários  Sim  Não

São Contributários  Sim  Não %

Existem grávidas no grupo atual  Sim  Não Quantas

Data(s) prevista(s) para o parto

Existem afastados no grupo atual  Sim  Não Quantos

Favor informar CID

Utilizações - últimos 12 meses  Partos  Cirurgias  Exames Complexos

Contratação por segmentação  Sim  Não  Nível hierárquico

Atividade Profissional

Hospitais Preferenciais  Sim  Não Quais

Bairros Preferenciais  Sim  Não Quais

Regiões Preferenciais  Sim  Não Quais

A empresa possui Plano Odontológico em vigor  Sim  Não  Plano Novo

Operadora atual  Tempo de Contrato

Data Início de Vigência  Custo Mensal Atual

Qual o motivo para a substituição

**Operadoras**

**Seguradoras**

**Odontológico**

<input type="checkbox"/>	Amil
<input type="checkbox"/>	Avimed
<input type="checkbox"/>	Dix Saúde
<input type="checkbox"/>	Golden Cross
<input type="checkbox"/>	Greenline
<input type="checkbox"/>	Intermédica

<input type="checkbox"/>	Lincx
<input type="checkbox"/>	Medial
<input type="checkbox"/>	Notre Dame
<input type="checkbox"/>	Omint
<input type="checkbox"/>	Samcil
<input type="checkbox"/>	Unimed

<input type="checkbox"/>	Allianz
<input type="checkbox"/>	Bradesco
<input type="checkbox"/>	Marítima
<input type="checkbox"/>	Porto Seguro
<input type="checkbox"/>	Sul América
<input type="checkbox"/>	Unibanco

<input type="checkbox"/>	Amil Odonto
<input type="checkbox"/>	Goldental
<input type="checkbox"/>	Medial Odonto
<input type="checkbox"/>	Odonto Prev
<input type="checkbox"/>	Porto Odontológico
<input type="checkbox"/>	MetLife
<input type="checkbox"/>	Bradesco Dental

Este cientista que os custos apresentados foram baseados nas informações acima. Quaisquer alterações devem ser comunicadas para elaboração de novo estudo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_