

Identificação da Empresa

Razão Social				
Nome Fantasia			CNPJ	
Ramo de Atividade				
Endereço			nº	
Bairro	Cidade			Compl
Contato	Cargo			CEP
Telefones	E-mail			Depto.
				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"/> Lincx	<input type="checkbox"/> Allianz	<input type="checkbox"/> Amil Odonto
<input type="checkbox"/> Avimed	<input type="checkbox"/> Medial	<input type="checkbox"/> Bradesco	<input type="checkbox"/> Goldental
<input type="checkbox"/> Dix Saúde	<input type="checkbox"/> Notre Dame	<input type="checkbox"/> Marítima	<input type="checkbox"/> Medial Odonto
<input type="checkbox"/> Golden Cross	<input type="checkbox"/> Omint	<input type="checkbox"/> Porto Seguro	<input type="checkbox"/> Odonto Prev
<input type="checkbox"/> Greenline	<input type="checkbox"/> Samcil	<input type="checkbox"/> Sul América	<input type="checkbox"/> Porto Odontológico
<input type="checkbox"/> Intermédica	<input type="checkbox"/> Unimed	<input type="checkbox"/> Unibanco	<input type="checkbox"/> MetLife
			<input type="checkbox"/> Bradesco Dental

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

Data ____/____/____

Nome do responsável _____