



CNPJ/MF Nº 61.849.980/0001-96
 Registro na ANS/MS nº 32.507-4

FOLHA RETIFICADORA PME

AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA PLANO COLETIVO EMPRESARIAL PME

Nº

PLANOS

432.843/00-4 - Standard Global CE PME Referência	460.243/09-9 - Classic CE PME
460.244/09-7 - Style CE PME	460.240/09-4 - Prime CE PME
460.242/09-1 - Master CE PME	460/241.09-2 - Excellence CE PME

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

Razão Social da Empresa Proponente																	
Nome Fantasia																	
CNPJ / MF						Inscrição Estadual						Inscrição Municipal					
Endereço Comercial												Bairro					
Município				CEP				UF		DDD		Telefone				Fax	
Endereço do Cobrança												Bairro					
Município				CEP				UF		DDD		Telefone				Fax	
Nome pessoa para contato										Cargo				Departamento			
DDD		Telefone				Fax				E-mail							

PLANILHA INICIAL DE INCLUSÃO DE TITULARES E DEPENDENTES POR PLANO E FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária	STANDARD GLOBAL CE PME Referência			CLASSIC CE PME			STYLE CE PME			PRIME CE PME			MASTER CE PME			EXCELLENCE CE PME		
	TIT	DEP	VAL	TIT	DEP	VAL	TIT	DEP	VAL	TIT	DEP	VAL	TIT	DEP	VAL	TIT	DEP	VAL
00 - 18																		
19 - 23																		
24 - 28																		
29 - 33																		
34 - 38																		
39 - 43																		
44 - 48																		
49 - 53																		
54 - 58																		
59 - 99																		
TOTAL																		

TOTAL DA FATURA

TOTAL DE VIDAS	VALOR	TX. IMPL. 15%	VALOR TOTAL
----------------	-------	---------------	-------------

INÍCIO DE VIGÊNCIA

DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA	DATA LIMITE MENSAL DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL	DATA DE VENCIMENTO FATURAS
----------------------------	--	----------------------------

DECLARAÇÃO DA EMPRESA PROPONENTE

- DECLARAMOS QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA PROPOSTA, RECEBEMOS VIA ORIGINAL DO RESPECTIVO CONTRATO, QUE FOI INTEGRALMENTE LIDO, ENTENDIDO E ACEITO POR NÓS, SEM QUAISQUER RESTRIÇÕES AO SEU CONTEÚDO, RAZÃO PELA QUAL TAMBÉM ASSINAMOS.
- DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE ESTAMOS CIENTES E DE ACORDO COM TODAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, INCLUSIVE QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIAS, NÃO TENDO QUAISQUER DÚVIDAS COM RELAÇÃO À SUA APLICAÇÃO.
- DECLARAMOS, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE TEMOS PLENO CONHECIMENTO DE QUE A EVENTUAL REDUÇÃO OU ISENÇÃO DE PRAZOS E CARÊNCIA, CONCEDIDA PELA OPERADORA, NÃO ALTERARÁ AS DEMAIS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PRINCIPALMENTE AQUELAS RELATIVAS A LIMITAÇÕES DE COBERTURA E EXCLUSÕES.
- DECLARAMOS, AINDA, QUE ESTAMOS CIENTES DE QUE SE, A QUALQUER TEMPO, FICAR COMPROVADO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS, POR NÓS OU POR ASSOCIADO A NÓS VINCULADO, NÃO SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, COM OMISSÃO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE ASSOCIADO OU NO CÁLCULO DAS TAXAS MENSIS, O CONTRATO FICARÁ ANULADO, SEM QUE TENHAMOS DIREITO À DEVOLUÇÃO DOS VALORES PAGOS E INDEPENDENTEMENTE DAS PENALIDADES LEGAIS CABÍVEIS.
- DECLARAMOS AINDA, QUE TIVEMOS PRÉVIO CONHECIMENTO DE QUE A OPERADORA MANTÉM, EM DISPONIBILIDADE PARA COMERCIALIZAÇÃO, PLANO EM COBERTURAS CONTRATUAIS QUE COMPREENDEM O TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL REFERÊNCIA, QUE TAMBÉM NOS FOI OFERECIDO.

RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

Recebemos da Empresa acima, a importância de R\$ _____, (_____), referente à primeira fatura da presente proposta de adesão, acrescida da Taxa de Implantação de 15%, representada pelo cheque Nº _____ sacado contra o Banco _____ e a Agência _____.

Local e Data _____

Contratante (assinatura sob carimbo)

Green Line Sistema de Saúde

Testemunhas: