FORMULÁRIO PARA COTAÇÃO

1) Informações obrigatórias

1.1) Dados Empresa

Razão social:

CNPJ:

Endereço:

Número funcionários:

1.2) Apólice Atual

Operadora Atual:

Mês renovação:

Coparticipação?

☐ sim ☐ não

Se sim, qual desenho: (% ou valor fixo)

Consultas? Limitado a R$

Exames Simples? Limitado a R$

Exames Especiais? Limitado a R$

Pronto Socorro? Limitado a R$

Tem algum tipo de isenção de coparticipação para algum procedimento ou patologia?

☐ sim ☐ não

Se sim, favor descrever:

Tipo de abrangência

☐ nacional ☐ regional

Tipo de cobertura:

☐ completa ☐ hospitalar

Tipo de acomodação:

☐ enfermaria ☐ apartamento

Tipo de Contratação:

☐ compulsória 100% FGTS ☐ Adesão ☐ Massa atual

Campos de preenchimento obrigatório *

2) Informações adicionais

2.1) Possui relatório de sinistralidade?

☐ sim ☐ não

Em caso afirmativo, se possível encaminhar o relatório de sinistralidade dos últimos 12 meses.

2.2) O contrato possui alguma particularidade?

☐ sim ☐ não

2.3) Possui gestantes atualmente?

☐ sim ☐ não

Se afirmativo, favor especificar a quantidade.

2.4) Possui beneficiários em internação hospitalar?

☐ sim ☐ não

Se afirmativo, favor especificar a quantidade e desde quando.

2.5) Possui beneficiários em home care?

☐ sim ☐ não

Se afirmativo, favor encaminhar o relatório médico.

2.6) Possui beneficiários em tratamento de alta complexidade?

☐ sim ☐ não

Se afirmativo, favor especificar quantidade e qual o tratamento

2.7) Possui beneficiários com ação judicial para assegurar tratamento?

☐ sim ☐ não

Se afirmativo, favor especificar

2.8) Afastados

Beneficiário	Data nascimento	Data afastamento	CID	Plano

2.9) Aposentados

Beneficiário	Data nascimento	Plano

2.10) Remidos

Beneficiário	Data nascimento	Data início	Plano

Campos de preenchimento obrigatório *

2.11) Valores dos planos

Nome Plano 1	Nome Plano 2	Nome Plano 3	Nome Plano 4	Nome Plano 5
R$	R$	R$	R$	R$

2.12) Valores Reembolso Consulta

Nome Plano 1	Nome Plano 2	Nome Plano 3	Nome Plano 4	Nome Plano 5
R$	R$	R$	R$	R$

2.13) Pirâmide de Vidas

Faixa etária	**Plano 1**	**Plano 2**	**Plano 3**	**Plano 4**
Nome do plano				
0 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 +				

Faixa	Titular		Dependentes		Agregados	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
0 a 18						
19 a 23						
24 a 28						
29 a 33						
34 a 38						
39 a 43						
44 a 48						
e49 a 53						
54 a 58						
59 ou +						

Vidas acima de 59 anos

Data de nascimento ou idade	Parentesco	Sexo	Plano	Localidade

Data preenchimento:

Representante da Vítria:

Nome do responsável pelas informações na empresa:

Campos de preenchimento obrigatório *