

**Contrato registrado no 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica - SP
sob nº 1203722**

Uso da Medial Saúde		DADOS CADASTRAIS
Início da Vigência	Código da Empresa	Região de Abrangência Geográfica - (optar apenas por uma das regiões apresentadas no Anexo I do Contrato de Assistência à Saúde)
Unid. de Serviço Medial Saúde - U.S.M.S. Valor da U.S.M.S. = R\$ 0,30		
Unid. de Serviço de Odontologia - U.S.O. Valor da U.S.O. = R\$ 0,30		

Razão Social				
Nome Fantasia (nome a ser impresso no Cartão de Identificação do Beneficiário)				
CNPJ	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal		
Código e Descrição da Atividade Econômica Principal				
Endereço				Nº
Compl.	Bairro	Cidade	U.F.	CEP
Endereço para Cobrança				Nº
Compl.	Bairro	Cidade	U.F.	CEP
Nome da pessoa para contato			Departamento	
Telefone (DDD / Nº)	Fax (DDD / Nº)	E-mail		

REPRESENTANTE LEGAL

Nome do Representante Legal da Empresa Proponente que assinará esta proposta				
Nacionalidade	Estado Civil	Profissão		
C.P.F.	R.G.	Órgão Exp. / U.F.	Data de Admissão	
Endereço Residencial		Nº	Compl.	
Bairro	Cidade	U.F.	CEP	Telefone (DDD / Nº)

Contratação Serviço Opcional - Vida Tranquila (Para planos das Linhas de Produtos Proteção e Conforto)

☐ Sim ☒ Não R\$ _____ () p/ beneficiário				
QUANT. BENEF.	X	VALOR POR BENEF.	=	VALOR TOTAL
		R\$		R\$

Contratação Serviço Opcional - Vida Bem Segura (Para planos das Linhas de Produtos Proteção e Conforto)

☐ Sim ☒ Não R\$ _____ () p/ beneficiário				
QUANT. BENEF.	X	VALOR POR BENEF.	=	VALOR TOTAL
		R\$		R\$

Contratação Serviço Opcional - Vida Bem Segura Assistência (Para planos das Linhas de Produtos Proteção e Conforto)

☐ Sim ☒ Não R\$ _____ () p/ beneficiário				
QUANT. BENEF.	X	VALOR POR BENEF.	=	VALOR TOTAL
		R\$		R\$

Contrato registrado no 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica - SP
sob nº 1203722

Contratação Plano Odontológico Medial Odonto (para planos da Linha Proteção Essencial)

☐ Sim ☒ Não R\$ _____ p/ beneficiário

QUANT. BENEF.

X

VALOR POR BENEF.

R\$

=

VALOR TOTAL

R\$

IMPORTANTE:

SOMENTE PARA OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS NOS PLANOS DA LINHA PROTEÇÃO IDEAL E PLANOS DA LINHA CONFORTO, O VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DO PLANO ODONTOLÓGICO - MEDIAL ODONTO, ESTARÁ EMBUTIDO NA TAXA MENSAL DE MANUTENÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

OS SERVIÇOS DO PLANO ODONTOLÓGICO COMPREENDEM O ROL DE PROCEDIMENTOS PREVISTO NA LEI 9.656 DE 3 DE JUNHO DE 1998 E NORMAS REGULAMENTARES APLICÁVEIS, INCLUSIVE AS EDITADAS PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS E DEMAIS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS.

BENEFICIÁRIOS TITULARES E BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES POR PLANO E FAIXA ETÁRIA

FAIXAS ETÁRIAS PLANOS	00 à 18		19 à 23		24 à 28		29 à 33		34 à 38	
	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor
Essencial 220E	10	22,34	1	25,23	2	25,23	4	25,23	4	25,23
Essencial 240E										
Essencial 240A										
Essencial 260A										
Ideal 420E										
Ideal 420A										
Class 620E										
Class 620A										
Class 640A										
Premium 840A										
Platinum 880A										
TOTAL										

BENEFICIÁRIOS TITULARES E BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES POR PLANO E FAIXA ETÁRIA

FAIXAS ETÁRIAS PLANOS	39 à 43		44 à 48		49 à 53		54 à 58		59 ou mais	
	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor	Qtd	Valor
Essencial 220E	1	25,23	1	25,23	1	25,23				
Essencial 240E										
Essencial 240A										
Essencial 260A										
Ideal 420E										
Ideal 420A										
Class 620E										
Class 620A										
Class 640A										
Premium 840A										
Platinum 880A										
TOTAL										

Contrato registrado no 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica - SP
sob nº 1203722

VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO POR CONTRATO

R\$ 40,00 (QUARENTA REAIS)

ADIANTAMENTO POR CONTA DA PROPOSTA CONTRATUAL

Recebi a importância de R\$ 1769,70 (UM MIL SETECENTOS E SEXTENTA E NOVE REAIS E SETENTA CENTAVOS) através do cheque nº _____, sacado contra o Banco nº _____ Agência _____ a título de adiantamento por conta da Proposta Contratual.

DECLARAÇÃO DA EMPRESA PROPONENTE

Declaramos que, ao preencher esta Proposta Contratual, recebemos uma cópia da mesma, de igual e idêntico teor e também, uma cópia do Contrato do Plano de Assistência à Saúde - Pequena e Microempresa - PME e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, sendo que **todos** foram integralmente lidos, entendidos e por nós aceitos, sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que confirmamos apondo assinatura(s) na presente proposta.

Declaramos que tivemos pleno conhecimento no ato da aquisição do(s) Serviço(s) Opcional(ais) (Vida Tranquila, Vida Bem Segura e/ou Vida Bem Segura Assistência), oferecido pelo corretor infra-assinado. Concordando com todas as cláusulas e condições concernentes a tal(ais) Serviço(s), cujo conteúdo está disponível no site www.medialsaude.com.br no item Serviços Opcionais, sendo certo que nossa via do instrumento contratual será enviada pela **MEDIAL SAÚDE** junto com o kit.

Temos ciência que esta proposta somente terá validade após o pagamento do valor da primeira Taxa Mensal de Manutenção e após análise e validação da **MEDIAL SAÚDE**, e que caso não haja manifestação por parte da **MEDIAL SAÚDE**, a proposta será considerada aceita e a **MEDIAL SAÚDE** fornecerá o Cartão de Identificação de Beneficiário a todos os inscritos.

Nos responsabilizamos, ainda, pela veracidade e exatidão das informações e documentos apresentados para a aceitação, pela **MEDIAL SAÚDE**, da presente proposta, especialmente pelo cartão do CNPJ e cópia do contrato social, declarando ser a via enviada, sua última alteração, documentos aos quais fica condicionada a validade desta proposta e respectivo contrato.

Local e Data

São Paulo, 30 de Junho de 2010.

ASSINATURAS ORIGINAIS

Representante(s) Legal(is) da Empresa Proponente (sob carimbo)

Condomínio Edifício Tocantins

Representante Legal da Corretora

Telefone (DDD / Nº)

SHIRLEY SANTOS BOMFIM

(11) 3226 4802 / 8026 9713