

Categoria do Plano

Enfermaria

BV PME A.N.S. Nº ☐ 4663611-26

Vigência do contrato

Data de Adesão	Início de vigência	Vencimento
01 a 05	Dia 15 (Subsequente)	05
06 a 10	Dia 20 (Subsequente)	10
11 a 15	Dia 25 (Subsequente)	15
16 a 20	Dia 30 (Subsequente)	20
21 a 25	Dia 05 (Subsequente)	25
26 a 31	Dia 10 (Subsequente)	30

Matrícula da Empresa

Aditivo nº _____
Tabela nº _____

Dados da Empresa

Nome da Empresa: CONSUMINIO RESID. SAN DIEGO SPORT HOME Ramo de atividade: _____

CNPJ: _____

Contato: _____ Cargo: _____ Telefone: _____

Email da Empresa: _____ Telefone: _____

Endereço da Empresa, conforme Contrato Social: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Nome do Sócio: _____ (DDD) Telefone Comercial: _____ Ramal: _____ (DDD) Telefone Celular: _____

RG do Sócio: _____ CPF do Sócio: _____

Endereço de Correspondência: _____ Nº: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Plano BV PME	ENFERMARIA Promoção (Vidas)	APARTAMENTO Promoção (Vidas)	BEM (Vidas)	☐ PME I ☐ PME II ☐ PME III VALOR TOTAL
00 a 18 anos	02			102,42
19 a 23 anos				
24 a 28 anos				
29 a 33 anos				
34 a 38 anos	01			88,59
39 a 43 anos	01			97,36
44 a 48 anos				
49 a 53 anos				
54 a 58 anos				
acima de 59 anos				

Declaração de recebimento de posse

Declaro que, ao preencher esta Proposta, recebi via CONTRATO BIO VIDA SAÚDE PME, que foi integralmente lido, entendido e aceito por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo.

Declaração do representante legal

01. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais.
02. Declaro, também, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência e que o mesmo me foi oferecido, sendo a minha opção pela contratação do plano referido nesta proposta.

DECLARO QUE ENTRE AS OPÇÕES DE CATEGORIA DE PLANO OFERECIDO, INDICO MINHA OPÇÃO CONFORME ESPECIFICADO NAS CONDIÇÕES GERAIS DO PRESENTE CONTRATO AS QUAIS ME FORAM APRESENTADAS E TENHO CONHECIMENTO. ANEXAR A PROPOSTA XEROX DO CNPJ, CONTRATO SOCIAL, ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL, RG E CPF DOS SÓCIOS.

S Paulo 17.01.2014
Local e Data

Cond. Resid. San Diego Sport Home
Assinatura do Representante Legal

(Carimbo da Empresa)

Redução de carência

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo, anexar contrato e 3 últimos pagamentos. Aproveitamento / redução de carência sujeito a aprovação e critério da Bio Vida Saúde.

01. Nome do plano original _____ 02. Número Contrato _____ 03. Início _____ 04. Valor última Mensalidade _____

Tempo de Plano (meses) ☐ Itens tabela de redução ☐

Recibo

O agente abaixo assinado, declara que por autorização da Bio Vida Saúde, recebeu a importância abaixo, referente ao pagamento da primeira mensalidade e da taxa de inscrição do plano ora proposto, ficando estabelecido que se não for aceita, os valores serão integralmente restituídos na forma da Lei. As demais mensalidades deverão ser pagas somente nos bancos. A BIO VIDA SAÚDE NÃO POSSUI COBRADORES DOMICILIARES.

Valor total por extenso

TREZENTOS E TRINTA E UM REAIS E SESSENTA E DOIS CENTAVOS

Total da Mensalidade Com ou sem opcional

Taxa de Inscrição conforme o contrato 15%

Valor Total

288,37
43,25
331,62

Nome da Plataforma

Código da Plataforma

Nome do Gerente

Nome do Supervisor

Nome do Corretor

Código do Corretor

Telefone

E-mail

Data da Aprovação

WENDEL A. BONFIM

96503-0477

WENDEL.TJ@HOTMAIL.COM



Recibo do Pagador

Beneficiário BIOVIDA SAUDE LTDA. CNPJ: 04.299.138/0001-94			Agência/Código Beneficiário 0138-4/0179970-3	Vencimento 20/10/2016
Pagador CONDOMINIO RESIDENCIAL SAN DIEGO SPORT HOME			Número do Documento 880010446465	Nosso Número 16/88001044646-5
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 400,90	(-) Desconto
Demonstrativo:			(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado

BIOVIDA SAÚDE
EMPRESA: 13851
EMISSION: 05/10/2016
PARCELA: 34
VALOR FATURADO: R\$ 400,90
NÚMERO DA RPS: 117610
NÚMERO DA NF-e: 118030
APÓS 20/10/2016, PAGAVEL SOMENTE NAS AGENCIAS BRADESCO OU TELEFONE: 4872-0707 DEP: COBRANÇA.
COM 2% DE MULTA E JUROS MORA DE R\$ 0,13 AO DIA.

453 053-1



Autenticação Mecânica

BANCO ITAU - COMPROVANTE DE OPERACAO
TITULOS OUTROS BANCOS

AGENCIA DE OPERACAO:
AGENCIA: 4740 - CENT AT PJ SP SN QUEIROS

DADOS DO DOCUMENTO PAGO
REPRESENTACAO NUMERICA DO CODIGO DE BARRAS:
23790.13812 68800.104462 40017.997001 6
69530000040090
VALOR PAGO: 400,90
DATA DE VENCIMENTO: 20/10/2016

PAGAMENTO EFETUADO EM 20.10.2016
VIA AGENCIA, CTRL 000565915671202
AUTENTICACAO

5130AA7E041A0BEFF4C7B7A4C228FBE9
2D9D348E

5130AA7E041A0BEFF4C7B7A4C228FBE9 400,90C TITDIN

CICLO: 20.10.2016004341474010000091



Empresa: Biovida Saúde

Associados Faturados Por Período

Usuário: GRAYCE

05/10/2016

11:01:25

Pág.: 243 de 468

EMPRESA : 13851 - CONDOMÍNIO RESIDENCIAL SAN DIEGO SPORT HOME

MATRÍCULA	GRAU DEP.	NOME DO ASSOCIADO	PLANO	INICIO VAL.	NASCIMENTO	SEXO	VALOR
662467-00	TIT	FABIO ALVES DE OLIVEIRA	UCE	17/01/2014	13/05/1971	F	135,35
662467-01	DEP	JULIANA GOMES DE OLIVEIRA	UCE	17/01/2014	23/09/1978	F	123,15
662467-02	DEP	FELIPE GOMES DE OLIVEIRA	UCE	17/01/2014	07/04/2002	M	71,20
662467-03	DEP	JONAS GOMES DE OLIVEIRA	UCE	17/01/2014	02/09/2011	M	71,20
TOTAL TITULARES : 1			TOTAL DEPENDENTES : 3		TOTAL VIDAS : 4		VALOR TOTAL : 400,90