

FORMULÁRIO NACIONAL DE COTAÇÃO



Código da Corretora	CPF do corretor	Nome da Corretora
VALDETE CORRETORA		71-99986-9102

DADOS DA EMPRESA

CNPJ:

Razão Social: _____ **CEP:** _____ **UF:** _____

Contato: _____ **Cargo:** _____ **Email:** VALCONSULTORADESEGUROS@GMAIL.COM

Plano(s) Atual(is) _____ **Tempo no(s) Plano(s)** _____

MÉDICA: _____

ODONTOLÓGICA: _____

HISTÓRICO

Obs: Para os casos marcados com SIM, favor informar CID's ao lado, e encaminhar relatório médico.

Possui beneficiários em Internação Hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Possui beneficiários em Internação Domiciliar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Possui beneficiários afastados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Possui beneficiários em tratamento de alta complexidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Possui gestantes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos?
Possui aposentados e demitidos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Todos os Titulares com registro no FGTS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Adesão Compulsória?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Informar CIDs dos 15 maiores custos dos últimos 12 meses:		
Qual % de participação da Empresa no benefício?		

DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL E FATORES FINANCEIROS

Obs: Para cotações apenas com produto odontológico, preencher apenas o TOTAL DE VIDAS.

FAIXA ETÁRIA	TITULARES		DEPENDENTES		TOTAL		OPÇÕES DE CO-PARTICIPAÇÃO					
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	□ %		□ R\$			
							Consulta		Exame		Procedimento	
							Eletiva	PS	Simples	Especial	Simples	Especial
0-18	0	0	0	0	0	0						
19-23	0	0	0	0	0	0						
24-28	0	0	0	0	0	0						
29-33	0	0	0	0	0	0						
34-38	0	0	0	0	0	0						
39-43	0	0	0	0	0	0						
44-48	0	0	0	0	0	0						
49-53	0	0	0	0	0	0						
54-58	0	0	0	0	0	0						
59-63	0	0	0	0	0	0						
64-68	0	0	0	0	0	0						
69-73	0	0	0	0	0	0						
74-78	0	0	0	0	0	0						
>=79	0	0	0	0	0	0						
Total	0	0	0	0	0	0						

REEMBOLSO	Consulta	Exames		Procedimentos		Honorários Médicos
		Básico	Especial	Básico	Especial	

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO	CIDADE		
	UF		
	VIDAS		

OBSERVAÇÃO:

No caso de fechamento do Contrato qualquer incompatibilidade nas informações fornecidas no Formulário Nacional de Cotação, implicará na Invalidez do Estudo de Cobertura de Risco.

ENVIAR FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA: conveniomedicoempresarial@gmail.com

