

CADASTRO DO ESTIPULANTE

ESTUDO Nº	SUCURSAL	Nº CONDIÇÕES GERAIS
DATA	CÓDIGO	75- INÍCIO DE VIGÊNCIA PROPOSTO

OPÇÕES DE CONTRATAÇÃO

() EMPRESAS DE 05 A 09 VIDAS () EMPRESAS DE 10 A 19 VIDAS () EMPRESAS DE 20 A 29 VIDAS () EMPRESAS DE 30 A 99 VIDAS () EMPRESAS A PARTIR DE 100 VIDAS

CORRETOR/AGENCIADOR

CORRETOR	SUSEP	% PARTICIPAÇÃO	Nº TAB. CORRETAGEM	(DDD) TELEFONE
AGENCIADOR	CÓD. DO AGENCIADOR	% PARTICIPAÇÃO	Nº TAB. AGENCIAMENTO	(DDD) TELEFONE

DADOS CADASTRAIS

RAZÃO SOCIAL	C.N.P.J.
NOME FANTASIA (a ser gravado no cartão dos Segurados)	C.N.A.E. (CÓD. RAMO DE ATIVIDADE) CEI (CADASTRO ESPECÍFICO DO INSS)

ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA

ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF
E-MAIL DA EMPRESA	CEP	(DDD) TELEFONE

PARA SOCIEDADES ANÔNIMAS: NOME DA CONTROLADORA, CONTROLADA E/OU COLIGADA

TIPO

1- Controladora 2- Controlada 3- Coligada

REPRESENTANTE LEGAL

NOME COMPLETO*	CPF*			
R.G.*	ÓRGÃO EMISSOR*	DATA DE EXPEDIÇÃO*	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL	DATA DE NASCIMENTO*
IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA*	
ENDEREÇO COMPLETO*	Nº	COMPLEMENTO		
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL

***PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

INFORMAÇÕES DE COBRANÇA

ENDEREÇO (preencher quando o endereço for diferente para envio de correspondências)	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF
FATURAS COM COBRANÇA	FORMA DE CUSTEIO DO SEGURO	
<input type="checkbox"/> SEPARADAS POR EMPRESAS/FILIAL	<input type="checkbox"/> ÚNICA EM NOME DA MATRIZ	
<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUTÁRIO	<input type="checkbox"/> CONTRIBUTÁRIO - VALOR OU %	

INFORME QUAIS AS EMPRESAS DO GRUPO QUE DEVERÃO TER AS FATURAS SEPARADAS, E EM QUAL ENDEREÇO.

FORMA DE ADEÇÃO

Este seguro será contratado exclusivamente para o(s) seguinte(s) grupo(s), doravante chamado "Grupo Segurável":

- () 100% da categoria profissional;
- () 100% dos sócios (contrato social);
- () 100% relação do F.G.T.S.;
- () 100% do grupo vigente no seguro saúde coletivo da operadora antecessora.

- O Estipulante ratifica que haverá adesão compulsória no Seguro Saúde de todos os funcionários com admissão posterior ao início de vigência da apólice, não sendo facultativa a opção de aderir ou não ao seguro.
- As exclusões de segurados somente serão permitidas mediante formulário próprio à sua exclusão

DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE

Declaro estar ciente e afirmo ter recebido as Condições Gerais, conforme número mencionado, e submeto à aceitação da Porto Seguro - Seguro Saúde S/A todas as declarações individuais, anexas, dos funcionários e seus respectivos dependentes, aguardando pelo Corretor o Aditamento às Condições Gerais Empresarial, para celebrar a contratação da Apólice.

Tenho ciência de que o preenchimento deste cadastro não se constitui na contratação do seguro, nem confere quaisquer direitos. A Empresa também se compromete a atualizar todos os dados cadastrais, através de formulário próprio disponível nos canais de comunicação sempre que houver alterações em conformidade com a Resolução Normativa nº 117 de 30/11/2005 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

De acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, declaro que foi ofertado o plano referência, com registro na ANS sob o nº 456.631/08-9, e que após os devidos esclarecimentos, houve opção pela contratação dos demais planos disponibilizados pela seguradora. Declaro ainda, ter recebido o Manual de Orientação para contratação de Plano de Saúde - MPS.

Condições Gerais registrada no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica da Capital, sob o microfilme n. 1273783.

LAYOUT MAGNÉTICO – PORTO SEGURO SAÚDE

CAMPO	TIPO	TAMANHO	OBRIGATÓRIO	EXEMPLO/OBSERVAÇÃO
NÚMERO SEQUENCIAL 1	N	8	SIM	NÚMERO DO TITULAR
NÚMERO SEQUENCIAL 2	N	2	SIM	DEPENDENTE Nº (02, 03, 04, 05, ETC.)
NOME	A	40	SIM	OBRIGATÓRIO E NÃO PODE TER ABREVIATURA
NOME DA MÃE	A	40	SIM	OBRIGATÓRIO E NÃO PODE TER ABREVIATURA
C.P.F. (*)	A	14	SIM	999.999.999-99
R.G. (**)	A	12	SIM	99.999.999-99
ÓRGÃO EMISSOR (**)	A	10	SIM	SSP/SP
DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
SE ESTRANGEIRO INFORMAR O NÚMERO DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (**)	N	20	SIM	OBRIGATÓRIO CASO NÃO INFORMADO O RG
PIS/PASEP	N	11	SIM	OBRIGATÓRIO CASO NÃO INFORMADO O NOME DA MÃE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	N	11	SIM	OBRIGATÓRIO
DATA DE NASCIMENTO	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
SEXO	A	1	SIM	M = MASCULINO / F = FEMININO 1 = TITULAR 2 = CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 3 = FILHOS MENORES DE 24 ANOS
GRAU DE PARENTESCO	N	1	SIM	1 = SOLTEIRO 2 = CASADO 3 = VIÚVO
ESTADO CIVIL	N	1	SIM	4 = DIVORCIADO/SEPARADO 5 = OUTROS
PLANO	N	3	SIM	CÓDIGO DO PLANO CONTRATADO. EXEMPLOS: 5420 = CRISTAL VII EMPRESARIAL 5432 = BRONZE III EMPRESARIAL 5448 = PRATA III EMPRESARIAL 5469 = OURO III EMPRESARIAL 5456 = DIAMANTE A III EMPRESARIAL
UNIDADE	N	2	SIM	AGRUPAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS
CEP	N	5	SIM	99999
CEP COMPLEMENTAR	N	3	SIM	999
TIPO DE LOGRADOURO	A	5	SIM	RUA / AV / ROD / ESTR / AL / PC
LOGRADOURO	A	60	SIM	BARÃO DE PIRACICABA
NÚMERO	N	7	SIM	740
COMPLEMENTO	A	20	NÃO	4º ANDAR - LADO A
BAIRRO	A	40	SIM	CAMPOS ELÍSEOS
CIDADE	A	45	SIM	SÃO PAULO
UF	A	2	SIM	SP
E-MAIL	A	50	NÃO	LIVRE
DDD	N	4	SIM	11
TELEFONE	A	9	SIM	9999-9999
DATA DE ADMISSÃO	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
CARGO OCUPADO	A	40	SIM	LIVRE
CENTRO DE CUSTO	A	15	NÃO	LIVRE
REGISTRO FUNCIONAL	A	10	NÃO	LIVRE

- Arquivo em formato XLS;
 - TIPO: N = numérico e A = alfanumérico;
 - Os dados devem ser preenchidos linha a linha para cada funcionário e seus dependentes;
 - Respeitar a quantidade de caracteres por coluna, conforme acima;
 - Identifique o disquete com o número do Contrato, nome da empresa Proponente e Corretor.
- (*) Preenchimento obrigatório para todo titular de qualquer idade e dependente a partir de 18 anos.
 (**) Preenchimento obrigatório em atendimento à RN n. 117/2005. A ausência da informação poderá ser alvo de notificação a ANS, acerca da não obtenção dos dados.