



SOLICITAÇÃO DE PROPOSTA

Razão Social				Matriz ()	Filial ()	
Ramo de atividade		Contato		Cargo		
Endereço						
Bairro		Cidade		CEP	UF	
Telefone/fax		CNPJ		Insc. Estadual		
Motivo da cotação: () Interesse de compra pelo cliente. () Interesse na troca do plano de saúde atual, levantada pelo cliente. () Interesse do corretor em apresentar a proposta.						
Quais Operadoras participarão da concorrência?						
Possui Plano de Saúde ?		Qual ?	Quanto Tempo ?			
Sim () Não ()						
Possui Plano Odontológico ?		Qual ?	Quanto Tempo ?			
Sim () Não ()		-	-			
Possui Aposentados ?		Se <u>SIM</u> informar as idades:				
Sim () Não ()						
Possui Demitidos ?		Se <u>SIM</u> informar as idades:				
Sim () Não ()						
Possui Afastados ?		Se <u>SIM</u> informar as idades/CID:				
Sim () Não ()						
A Empresa paga para os funcionários?			Se a empresa paga PARCIAL informar:			
Parcial() Total() Não ()			Percentual pago Empresa:	Percentual pago Funcionário:		
Distribuição Geografica						
Cidades:			Estados:			
	FAIXA ETÁRIA					
	Titulares		Dependentes		Totais	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
00 a 18 anos						
19 a 23 anos						
24 a 28 anos						
29 a 33 anos						
34 a 38 anos						
39 a 43 anos						
44 a 48 anos						
49 a 53 anos						
54 a 58 anos						
mais 59 anos						
TOTAL	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE FUNCIONÁRIOS REGISTRADOS NA EMPRESA (SEFIP/ GFIP):		TOTAL GERAL		0		
		DATA:		TELEFONES:		
OBSERVAÇÕES: GENTILEZA PREENCHER TODOS OS DADOS PARA AGILIZAR A PRECIFICAÇÃO						