

Dados da Empresa

Razão Social

CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 8 REGIÃO

Nome Fantasia

CONSELHO REG DE BIOLOGIA 8ª REGIÃO

Banco

001 - BANCO DO BRASIL SA

Agência

3457-6

Conta Corrente

333310-8

Ramo de Atividade

80 - Educação

CNPJ/CEI

22.165.071/0001-87

Inscrição Estadual

Isento

Inscrição Municipal

Isento

Endereço/ Número/ Complemento da Empresa

RUA FREDERICO CASTRO REBELLO 114

Cidade

SALVADOR

Bairro

COMERCIO

CEP

40015-040

Estado

BA

Telefone

71 3264 9969

Fax

Endereço/ Número/ Complemento de Cobrança

RUA FREDERICO CASTRO REBELLO 114

Cidade

SALVADOR

Bairro

COMERCIO

CEP

40015-040

Estado

BA

Telefone

71 3264 9969

Fax

Nome do(a) Responsável da Empresa

CESAR CARQUEJA

Cargo

ADMINISTRADOR

Telefone

71 3264 9969

Email do(a) Responsável da Empresa

ELIANAASSDIRETORIA@CRBIO5.GOV.BR

Dados do(a) Corretor(a) e Vendedor(a)

Estrutura de Apoio

23618

UOP

3216

Estrutura de Venda/Grade

2571439

Ação de Apoio

9957

Nome do(a) Corretor(a)

LUZANIRA BRANDAO DE OLIVEIRA

Código Susep

Telefone do(a) Corretor(a)

0071 3233 1044

Email do(a) Corretor(a)

luzaboliveira@yahoo.com.br

Nome do(a) Vendedor(a)

CPF do(a) Vendedor(a)

Endereço/ Número/ Complemento do(a) Vendedor(a)

Cidade

Bairro

CEP

Estado

Telefone

Dados do Contrato Odonto

Mensalidade Total (R\$)

81,75

Produto

410 Odonto

Número do Contrato

Proposta Saúde

132814

Total de Vidas

5

Cobrança ao demitido/aposentado direta pela Operadora

Não

Tipo de Contratação

Regra Flex

Data Quitação

Opções de Plano

Odonto Mais

Grupo de Beneficiário

Funcionários

Local e Data

Salvador, 29 de maio de 2015

Assinatura do(a) Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do(a) Corretor(a) sob Carimbo

Biol. César Roberto Góes Carqueja
CRBio 27.013/08-D

Conselheiro Presidente CRBio 08

Observações

A Sul América Odontológico S/A., efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Operadora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Assinatura do(a) Vendedor(a)

É obrigatório
assinar frente e verso e
preencher todos os campos
desta proposta.Para Uso Exclusivo
da SulAmérica

Responsável

Data

 CADASTRO ANÁLISE CONSULTORIA LIB. EMPRESA CRÍTICA AUDITORIA DEVOLUÇÃO

Quadro de Planos

Os planos estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Planos - Odonto

Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS
Odonto Mais	Odonto Mais / Básico 20 - Emp.Odonto Rol Ampliado	467436127

Declarações da Empresa Contratante e Corretor nomeado

Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. As informações prestadas são verdadeiras e completas, e estamos cientes dos termos do Código Civil Brasileiro o qual prevê que, se a Empresa contratante, Beneficiário ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas na Proposta de Plano Odontológico ou no Cartão de Beneficiário, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano odontológico ou no valor da mensalidade, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento das mensalidades vencidas;
2. Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo plano ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde na segmentação Odontológica, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. Em caso de cancelamento antes do término do período inicial de vigência, conforme descrito nas Condições Gerais, o valor cobrado a título de mensalidade complementar não incidirá carregamento comercial;
4. Temos ciência e estamos de acordo que esta Proposta de Plano Odontológico somente terá validade após análise e validação da Sul América Odontológico S/A, o que determina a aceitação e o envio do cartão de identificação SulAmérica Odontológico para os beneficiários inscritos no plano. Esta proposta deverá ser entregue na Sul América Odontológico S/A em até 72 (setenta e duas) horas da data de quitação da mesma. No caso de pagamento através de cheque, somente será considerado quitado após sua compensação pelo banco sacado;
5. Temos ciência e estamos de acordo que as eventuais reduções ou isenções dos Prazos de Carência, ocorridas em função de plano anterior ou do número de vidas do Grupo Beneficiário, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas oferecidas neste contrato e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas da proposta de plano odontológico;
6. Temos ciência e estamos de acordo que toda documentação entregue com esta proposta, será analisada por esta Operadora, e em caso de qualquer irregularidade, a proposta será devolvida bem como a primeira parcela quitada do plano odontológico, e a aceitação não será concluída;
7. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio do cartão de identificação;
8. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que declaramos apondo assinatura nesta proposta.

Local e Data

Schuster, 29/05/2015

A SulAmérica Odontológico S.A., efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Operadora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Assinatura do Vendedor

Biól. César Roberto Góes Carqueija
CRBio 27.013/08-D

Conselheiro Presidente CRBio - U8

Dados da Empresa

Razão Social do Estipulante

CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 8 REGIÃO

Nome Fantasia

CONSELHO REG DE BIOLOGIA 8ª REGIÃO

Banco	Agência	Conta Corrente		
001 - BANCO DO BRASIL SA	3457-6	333310-8		
Ramo de Atividade	CNPJ/CEI	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	
80 - Educação	22.165.071/0001-87	Isento	Isento	
Endereço/ Número/ Complemento da Empresa		Cidade		
RUA FREDERICO CASTRO REBELLO 114		SALVADOR		
Bairro	CEP	Estado	Telefone	Fax
COMERCIO	40015-040	BA	71 3264 9969	
Endereço/ Número/ Complemento de Cobrança		Cidade		
RUA FREDERICO CASTRO REBELLO 114		SALVADOR		
Bairro	CEP	Estado	Telefone	Fax
COMERCIO	40015-040	BA	71 3264 9969	
Nome do(a) Responsável da Empresa		Cargo	Telefone	
CESAR CARQUEJA		ADMINISTRADOR	71 3264 9969	
Email do(a) Responsável da Empresa				
ELIANAASSDIRETORIA@CRBIO5.GOV.BR				

Dados do(a) Corretor(a) e Vendedor(a)

Estrutura de Apoio	UOP	Estrutura de Venda/Grade	Ação de Apoio
23618	3216	2571439	9957
Nome do(a) Corretor(a)			
LUZANIRA BRANDAO DE OLIVEIRA			
Código Susep	Telefone do(a) Corretor(a)	Email do(a) Corretor(a)	
	0071 3233 1044	luzaboliveira@yahoo.com.br	
Nome do(a) Vendedor(a)		CPF do(a) Vendedor(a)	
Endereço/ Número/ Complemento do(a) Vendedor(a)		Cidade	
Bairro	CEP	Estado	Telefone

Dados do Contrato Saúde

Prêmio (R\$)	IOF (R\$)	Prêmio Final (R\$)	Produto	Número do Contrato	Proposta Odonto	Total de Vidas
1.961,61	46,69	2.008,30	557 Amb. e Hosp. c/ Obst.		132815	5
Cobrança ao demitido/aposentado direta pela Seguradora			Tipo de Contratação	Data Quitação		
Não			Regra Flex			
Opções de Plano			Grupo Segurável			
Clássico Apartamento			Funcionários			

Local e Data

Salvador, 29/05/2015

Assinatura do(a) Representante da Empresa sob Carimbo

Biol. César Roberto Gomes Carqueja
CRBio 27.013/08-D

Assinatura do(a) Corretor(a) sob Carimbo

Conselheiro Presidente CRBio 27.013/08-D

Observações

A Sul América Companhia de Seguro Saúde, efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Seguradora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.

Assinatura do(a) Vendedor(a)

B. Oliveira

Responsável

Data

É obrigatório
assinar frente e verso e
preencher todos os campos
desta proposta.Para Uso Exclusivo
da SulAmérica CADASTRO ANÁLISE CONSULTORIA LIB. EMPRESA CRÍTICA AUDITORIA DEVOLUÇÃO

Quadro de Planos

Os planos estão registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Planos - Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

Nome Comercial	Nome Registrado na ANS	Registro ANS	Padrão de Acomodação Hospitalar
Clássico Empresarial	Clássico Empresarial/PME AHO QP	469513135	Apartamento



Declaramos, para todos os fins e efeitos que:

1. Declaramos que os documentos e as informações prestadas são verdadeiras e completas, e que estamos cientes dos termos previstos no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê: "Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.";
2. Temos ciência de que as coberturas oferecidas pelo Seguro Saúde ora contratado estão em conformidade com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e que as mesmas estão sujeitas a atualizações, como inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o referido Rol;
3. Temos ciência e estamos de acordo que esta Proposta de Seguro somente terá validade após análise e validação da Sul América Companhia de Seguro Saúde, o que determina a aceitação e o envio do cartão de identificação do SulAmérica Saúde para os segurados inscritos no seguro saúde. Esta proposta deverá ser entregue na Sul América Saúde em até 72 (setenta e duas) horas da data de quitação da mesma. No caso de pagamento através de cheque, somente será considerado quitado após sua compensação pelo banco sacado;
4. Temos ciência e estamos de acordo que as eventuais reduções ou isenções dos Prazos de Carência, ocorridas em função de plano anterior ou do número de vidas do Grupo Segurado, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas oferecidas neste contrato de seguro e que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas da proposta de seguro;
5. Temos ciência de que a Declaração de Saúde deverá ser preenchida de próprio punho por cada um dos Titulares componentes do Grupo Segurável, sendo responsáveis também pelo seus dependentes, e que todos estão cientes do conteúdo da cláusula - "Doenças e Lesões Preexistentes" do contrato de seguro saúde;
6. Temos ciência e estamos de acordo que toda documentação entregue com esta proposta, será analisada por esta Seguradora, e em caso de qualquer irregularidade, a proposta será devolvida bem como a primeira parcela quitada do seguro saúde, e a aceitação não será concluída;
7. A SulAmérica entregou por meio eletrônico o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, o qual foi lido e entendido, que nos orientou para a correta contratação do Seguro. O Guia de Leitura Contratual - GLC será entregue também por meio eletrônico, por ocasião do envio dos cartões de identificação;
8. A presente declaração é parte integrante das Condições Gerais, as quais foram recebidas, integralmente lidas, entendidas e aceitas sem qualquer restrição aos seus conteúdos, o que declaramos apondo assinatura nesta proposta.

Local e Data	Salvador, 29/05/15	
Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo	A Sul América Companhia de Seguro Saúde, efetuará o pagamento da remuneração (comissão/agenciamento) exclusivamente ao corretor, devidamente cadastrado na SUSEP e nesta Operadora, o qual é responsável pela veracidade das informações, prestadas, respondendo solidariamente por seus representantes/vendedores.	
Assinatura do Corretor sob Carimbo	Assinatura do Vendedor	
Biol. César Roberto Boes Carneiro CRBio 27.013/08-0 Conselheiro Presidente CRBio 02		

Declarações do Estipulante - Plano Referência

Declaramos que foi oferecida a contratação do Plano Referência, registrado na ANS sob o nº 469369138 e nome Referência Empresarial/PME REF QC, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme demonstrado no quadro de planos desta proposta de seguro.

Assinatura do Representante da Empresa sob Carimbo

Assinatura do Corretor sob Carimbo

Assinatura do Vendedor

[Handwritten signature]

Biól. César Roberto Góes Carquilha
CRBio 27.013/08-3
Conselheiro Presidente CRBio RJ