



## PERFIL EMPRESARIAL

NUM:

**Razão Social:**

|                   |         |         |     |        |       |
|-------------------|---------|---------|-----|--------|-------|
| Bairro:           | Cidade: | UF      | Cep | Fone   | CNPJ: |
| Responsável:      |         |         |     |        |       |
| Contato:          |         | Função: |     | E-mail |       |
| Ramo de Atividade |         |         |     |        |       |

**Perfil de Usuários e Totais por Faixa Etária**

| Faixa Etária              | Masculino | Feminino | Totais |
|---------------------------|-----------|----------|--------|
| 0 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              |           |          |        |
| > 59 anos                 |           |          |        |
| <b>Totais de Usuários</b> |           |          |        |

**Informações Importantes**

Qual tipo de Adesão?

- Adesão Total - Prevê a adesão de todos os funcionários da empresa na data de contratação do plano.  
 Adesão Parcial - Prevê adesão espontânea e opcional dos funcionários da empresa.

Qual tipo de custeio do plano?

- Contributário - Quando os funcionários participam total ou parcialmente para pagamento do plano.  
 Não Contributário - Quando a empresa assume o pagamento integral do plano.  
 Co- Participativo - Quando os funcionários assumem parte do pagamento dos serviços utilizados.

Existem Serviços Médicos nas instalações da Empresa?

- Sim  
 Não

Deseja incluir cobertura para Exames ocupacionais?.

- Sim  
 Não

Sua Empresa possui Plano de Saúde?

- Sim, Qual? \_\_\_\_\_ Coparticipação % \_\_\_\_\_  
 Não

Quais as cidades de residência de seus funcionários?

- RMS % 50                       Salvador 50 %                       Outras %: \_\_\_\_\_

A empresa possui empregados afastados?

- Sim, Informar a relação com nome do colaborador, Cid da doença, período de afastamento.  
 Não

A empresa possui empregados com doenças crônicas ou em tratamento de complexidade?

- Sim, Informar a relação com nome do colaborador, Cid da doença.  
 Não

**Consultor de Vendas****Nordeste Saúde****Aprovação****Cliente****Data de Aprovação**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2013