

OPÇÕES DE CONTRATAÇÃO Empresas de 3 a 9 Vidas Empresas de 10 a 29 Vidas Empresas de 30 a 99 Vidas Empresas a partir de 100 Vidas**CORRETOR**

Corretor REALIZA BENEFICIOS CORRETORA DE SEGS	Susep 38717J	Código da Operação N001	(DDD) Telefone 21981082208
--	-----------------	----------------------------	-------------------------------

DADOS CADASTRAIS

Razão Social CONFEDERACAO BRASILEIRA DE TRIATHLON	CNPJ 40.738.924/0001-04
Nome Fantasia (a ser gravado no cartão dos segurados) C B TRI	C.N.A.E (Cód. Ramo Atividade)

ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA

Endereço Q EQ 03/05 BLOCO B (AV. DAS PAINEIRAS)	Nº 144	Complemento SALA 114 EDIF JARDIM IMPERIAL		
Bairro SETOR HABITACIONAL JARDIMBOTAN	Cidade BRASILIA	UF DF	CEP 71681-125	(DDD) Telefone (61) 3246-5308
E-mail da Empresa nubia@cbtri.org.br	E-mail Kit Fatura nubia@cbtri.org.br			

REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo* Ernesto Teixeira	CPF* 326.856.105-53			
RG* 22.846.859-0	Órgão Emissor* SSP/DF	Data de Expedição	Se estrangeiro, informar o nº do Passaporte ou da Carteira Civil	(DDD) Telefone*
Idade 57	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão/Atividade Principal desenvolvida* EMPRESARIO	

Endereço completo* SHJB III E/Q 3/5, Avenida das Paineiras, Ed. jardim Imperial, Bloco B Sala	Nº 114	Complemento Ed. jardim Imperial		
Bairro Jardim Botânico	Cidade BRASILIA	UF DF	CEP 71681-125	(DDD) Telefone Resid. (61) 3246-5308

Preenchimento Obrigatório*INFORMAÇÕES DE COBRANÇA**

Endereço (Preencher quando o endereço for diferente para envio de correspondência)	Nº	Complemento		
Bairro	Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone Resid.
Faturas com Cobrança <input type="checkbox"/> Separadas por Empresas/Filial <input checked="" type="checkbox"/> Única em nome da Matriz	Forma de Custeio do Seguro <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.

INFORMAÇÕES DE COBRANÇA

OPÇÃO POR DÉBITO AUTOMÁTICO(*) (Somente para bancos informados no COL) EM CASO POSITIVO LER CONDIÇÕES E PREENCHER DADOS ABAIXO.

Sim Não

Autorizo o débito automático na conta-corrente da Estipulante, no dia do mês definido para vencimento da fatura, do prêmio mensal do contrato de seguro odontológico previsto neste cadastro, conforme dados abaixo:

Banco Nº	Nome	Cód. da Agência	Dígito	Nº da conta corrente	Dígito
Pessoa Jurídica		CNPJ/MF			

Declaro ter ciência que:

- o valor mensal do débito poderá sofrer alterações de acordo com as movimentações e reajustes contratuais.
- o não pagamento do prêmio constitui motivo para suspensão de coberturas e rescisão conforme contrato.
- além das situações previstas em contrato, é considerado não pagamento do prêmio o encerramento da conta-corrente ou da agência detentora da conta, sem transferência para outra, bem como a não efetivação do débito programado por insuficiência de fundos.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL (INFORMAR SIM OU NÃO)

Estipulante
 Sim Não

Corretor
 Sim Não

E-mail
nubia@cbtri.org.br

Nome do Responsável pelo processo de movimentação
alexandre@realizabeneficios.com.br

DECLARAÇÃO DA ESTIPULANTE

Declaro estar ciente e afirmo ter recebido as Condições Gerais, conforme número de identificação, e submeto à aceitação da Porto Seguro - Seguro Saúde S/A as documentações individuais, anexas, dos funcionários e seus respectivos dependentes.

Tenho ciência de que o preenchimento deste cadastro não se constitui na contratação do Seguro, nem confere quaisquer direitos. Havendo a opção pelo pagamento do prêmio mensal por meio de débito automático, confirmo ter ciência quanto as implicações, principalmente o que se refere à rescisão contratual.

Declaro, ainda, ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS.

Declaro, por fim, estar ciente e de acordo com as obrigações e responsabilidades, as quais assumo sem ressalvas, para efetuar a movimentação cadastral do segurado, conforme previsto no Termo de Aceitação que integra este documento.

BRASILIA 01/06/2021

Local E Data

Assinatura do Corretor

Assinatura do representante legal da Empresa

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: **011 3366.3003** (Grande São Paulo) **0800.727.2800** (Demais localidades)
SAC: **0800.727.2762** (Reclamação, cancelamento e informação) **0800.727.8736** (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou acesse: www.portoseguro.com.br