

PROPOSTA DE CONVÊNIO

Protocolo <input type="text"/>

RAZÃO SOCIAL <input type="text"/>

ENDEREÇO <input type="text"/>

Cidade <input type="text"/>	Estado Selecione ▼	CNPJ <input type="text"/>
--------------------------------	-----------------------	------------------------------

A pessoa jurídica em referência por seu representante legal abaixo assinado propõe a este Instituto a celebração do convênio para execução dos serviços assinalados:

1 - PROCEDIMENTO DOS BENEFÍCIOS

<input type="checkbox"/> A - APOSENTADORIA PREVIDENCIÁRIA	<input type="checkbox"/> B - APOSENTADORIA ACIDENTÁRIA
<input type="checkbox"/> C - PENSÃO POR MORTE PREVIDENCIÁRIA	<input type="checkbox"/> D - PENSÃO POR MORTE ACIDENTÁRIA
<input type="checkbox"/> E - AUXÍLIO-RECLUSÃO	<input type="checkbox"/> F - AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO
<input type="checkbox"/> G - AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO	<input type="checkbox"/> H - REALIZAÇÃO DE PERÍCIAS MÉDICAS
<input type="checkbox"/> I - AUXÍLIO-ACIDENTE	

2 - PROCESSAMENTO E PAGAMENTO DOS BENEFÍCIOS

<input type="checkbox"/> A - APOSENTADORIA PREVIDENCIÁRIA	<input type="checkbox"/> B - APOSENTADORIA ACIDENTÁRIA
<input type="checkbox"/> C - PENSÃO POR MORTE PREVIDENCIÁRIA	<input type="checkbox"/> D - PENSÃO POR MORTE ACIDENTÁRIA
<input type="checkbox"/> E - AUXÍLIO-RECLUSÃO	<input type="checkbox"/> F - AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO
<input type="checkbox"/> G - AUXÍLIO-DOENÇA ACIDENTÁRIO	<input type="checkbox"/> H - AUXÍLIO-ACIDENTE

3 - RECOLHIMENTO DE IMPOSTO DE RENDA

<input type="checkbox"/> A - PELO INSS (Automático)	<input type="checkbox"/> B - PELA CONVENIENTE
---	---

4 - JÁ POSSUI CONVÊNIO

<input type="checkbox"/> A - NACIONAL	<input type="checkbox"/> B - REGIONAL	<input type="checkbox"/> C - LOCAL	<input type="checkbox"/> D - SALÁRIO-FAMÍLIA
---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--

5 - POSSUI INTERVENIENTE? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
--

6 - POSSUI CENTRALIZADOR(ES) PARA REEMBOLSO (Caso positivo, indicá-lo(s) em anexo)? SIM NÃO

O CONVÊNIO ORA PROPOSTO DEVERÁ ABRANGER AS DEPENDÊNCIAS DISCRIMINADAS NO VERSO ENTENDERÁ A

SEGURADOS

TRATA-SE DA FORMAÇÃO DE POOL? SIM NÃO

LOCAL E DATA <input type="text"/>	CARIMBO
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL E O ATO QUE O DESIGNOU <input type="text"/>	

UNIDADES DA PROPONENTE ABRANGIDAS PELO CONVÊNIO (Endereço, Telefone e Fax)	NÚMERO DE EMPREGADOS/ASSOCIADOS	CGC
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> CIDADE <input type="text"/> ESTADO <input type="text" value="Selecione"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL DE SEGURADOS ABRANGIDOS

A proposta deverá ser acompanhada dos seguintes elementos:

- Nome completo e cargo do representante legal que assinará o convênio
- Indicação dos empregados que executarão os serviços conveniados
- Relação dos médicos que realizarão os exames médico-periciais, quando o convênio incluir benefício por incapacidade
- Cópia do Ato constitutivo da proponente e última alteração

- Relação das empresas e CGC com quantitativo de funcionários que formarão o pool , quando for o caso
- Documentos comprobatórios da capacidade jurídica do representante legal da empresa que assinará o convênio
- Documentos comprobatórios de regularidade fiscal perante o INSS, FGTS, Fazenda Federal, Estadual e Municipal para todas as Unidades da Proponente.