

DADOS DA EMPRESA/ENTIDADE		
Razão Social:		Código Empresa:
CNPJ:		Agente:
Titular:		Centro de Custo:
Dependente (s):		
OPERAÇÃO		
INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	2ª VIA CARTÃO
☐ Titular/Família ☐ Dependente Data da Inclusão na UNIODONTO ____/____/____	☐ Alteração de Plano ☐ Alteração de Nome ☐ Alteração de CNPJ ☐ Alteração Data Nascimento	☐ Titular ☐ Dependente
CONTRATOS		
☐ BRILHANTE INTEGRAL EMPRESARIAL (sem coparticipação) ☐ MARFIM MISTO EMPRESARIAL (Pré-pagto e Pós-Pagto)	☐ BRILHANTE INTEGRAL COM COPARTICIPAÇÃO-II ☐ BRILHANTE INTEGRAL COM COPARTICIPAÇÃO-V	☐ PÉROLA EMPRESARIAL (Custo Operacional) ☐ BRILHANTE INTEGRAL ENTIDADES
EXCLUSÃO	MOTIVOS DE EXCLUSÃO	
☐ Exclusão Titular (Família) ☐ Exclusão Dependente	☐ Desligamento do funcionário Empresa ☐ Inadimplência ☐ Mudou para outra operadora ☐ Cadastrou outra empresa/Alterou CNPJ ☐ Empresa vendida/Encerramento das atividades ☐ Solicitado pela Entidade (somente planos coletivos por adesão) ☐ Divórcio ☐ Óbito ☐ Motivos particulares	
FORMA DE PAGAMENTO E REGRAS DE COBRANÇA (Pró Rata, Taxa de Adesão e Mensalidades)		
☐ Boleto Mensal ☐ Boleto avulso Pró-Rata ____/____/____		
● Inclusões programadas entre os dias 01 a 10 de cada mês: Será emitido um boleto avulso para o dia 15 do mês em curso. (Pro Rata ou mês cheio + Taxa de Cadastro); ● Inclusões programadas para o dia 1º do mês subsequente: enviadas até dia 19 do mês em curso serão cobradas no boleto mensal com vencimento dia 05 mês subsequente; ● Inclusões programadas entre os dias 11 a 19 de cada mês: Será cobrado no boleto mensal dia 05 do mês subsequente. (Pro Rata + mensalidade + Taxa de Cadastro); ● Inclusões entre os dias 20 a 30/31 de cada mês: enviadas antes do fechamento serão cobradas no boleto mensal com vencimento dia 05 mês subsequente. Caso contrário, será emitido boleto avulso para o dia 05 do mês subsequente. (Pró Rata + mensalidade + Taxa de Cadastro). ● **Os processos devem ser entregues até o dia 19 de cada mês respeitando o seguinte prazo: - <u>Movimentações</u> com 04 dias úteis de antecedência - <u>Novos Contratos</u> (Lotações) com 06 dias úteis de antecedência *A partir da segunda mensalidade a cobrança será realizada no boleto mensal c/ vencimento dia 05 de cada mês.		

Carimbo da Empresa/Entidade – Preferencialmente CNPJ

Assinatura do Responsável legal da Empresa/Entidade
 Data: de..... 20.....

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – *Todas as cópias devem obrigatoriamente estar LEGÍVEIS	
LOTAÇÃO 1.0 Empresa/Entidades 1.1. ☐ Cadastro de empresas/entidades (original 01 (uma) via); 1.2. ☐ Termo de Adesão assinado em 02 (duas) vias (empresa/entidade e AEMFLO) original; 1.3. ☐ Proposta Comercial (assinada pela empresa/entidade) original; 1.4. ☐ Cópia do contrato Social; 1.5. ☐ Cópia cartão CNPJ; 1.6. ☐ Cópia do RG e CPF responsável legal da empresa; 1.7. ☐ Cópia comprovante de endereço empresa (pode ser dispensado desde que o endereço do contrato seja igual ao cartão CNPJ); 2.0 Entidade 2.1. ☐ Cópia Estatuto Social atualizado; 2.2. ☐ Termo posse diretoria (atual); 2.3. ☐ Cópia cartão CNPJ; 2.4. ☐ Comprovante endereço da sede atual da entidade	3.0. Documentos Beneficiários – Inclusão 3.1. ☐ MBO (preenchido, assinado e sem rasuras); 3.2. ☐ Proposta de Inclusão Usuários (assinado pelo titular e Empresa/Entidade); 3.3. ☐ Associado/sindicalizado (Entidades): Declaração de vínculo com a entidade. 4.0. Documentos Beneficiários – Exclusão 4.1. ☐ MBO (preenchido, assinado e sem rasuras); 4.2. ☐ Cópia da rescisão do contrato de trabalho; 4.3. ☐ Formulário de Exclusão preenchido e assinado pela empresa; 4.4. ☐ Notificação (RN279) assinada pelo titular para os casos em que o empregado que foi desligado sem justa causa e contribuía com o pagamento da mensalidade do plano. *Prazo limite para solicitar exclusões até dia 15 de cada mês.
OBSERVAÇÕES	
USO INTERNO DA AEMFLO	
Recebimento	Registro do Processo

Setor Expansão AEMFLO ____/____/____	Auditoria – Setor Saúde ____/____/____	Cadastro AEMFLO ____/____/____	Envio para UNIODONTO ____/____/____
Setor Saúde AEMFLO ____/____/____	Revisão Final ____/____/____		VISTO GERÊNCIA ____/____/____