

# DADOS PARA ANÁLISE DE PROPOSTA DE PARCERIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS EMPRESA** | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL** |  | | | |
| **NOME FANTASIA** |  | | | |
| **CNPJ** |  | | | |
| **ENDEREÇO ESCRITÓRIO ADMINISTRATIVO** |  | | | |
| SITE |  | | | |
| **REDES SOCIAIS** |  | | | |
| **QTDE. FILIAIS** |  | | | |
| **ENDEREÇO/FONE ESTABELECIMENTO** |  | | | |
| **A EMPRESA TEM PLANO UNIMED?** | SIM | | NÃO | |
|  | |  | |
| **DISPONIBILIZA DESCONTOS PARA OUTRAS EMPRESAS?** | SIM |  | NÃO |  |
| **Qual Percentual?** |  |
| DADOS PARA CONTATO | | | | |
| **NOME** |  | | | |
| **CARGO** |  | | | |
| **TELEFONE** |  | | | |
| **EMAIL** |  | | | |

**\*ALGUNS CRITÉRIOS PARA PARTICIPAR DO CLUBE DE VANTAGENS MAIS:**

1. **TER PELO MENOS DOIS ANOS DE ATUAÇÃO NO MERCADO.**
2. **TER EXCLUSIVIDADE COM A UNIMED FORTALEZA NA CATEGORIA DE OPERADORA/PLANO DE SAÚDE.**
3. **APLICAR DESCONTOS/ BENEFÍCIOS DIFERENCIADOS E REAIS NOS PRODUTOS OU SERVIÇOS.**

Fortaleza, ----- de ------------------- de ------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELOS DADOS

Obs: Envie sua proposta preenchida para o e-mails abaixo:

**[nathalia.silva@unimedfortaleza.com.br](mailto:nathalia.silva@unimedfortaleza.com.br)**

**al**