



PROPOSTA DE ADEÇÃO AO SERVIÇO TELEASSISTÊNCIA SOSme

CONTRATANTE

Nome/Razão Social _____

CNPJ/CPF: _____ Relação de Parentesco: _____ Tem Chave: _____

End. _____ nº _____

Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ Est. _____ CEP _____

Tel. (____) _____ Tel.(____) _____ Tel. (____) _____

Email _____

SERVIÇOS E VALORES

Serviço Contratado: _____

Valor Total do Contrato R\$ _____ (_____)

em _____ parcelas de R\$ _____ (_____)

Taxa de Adesão R\$ _____ (_____)

em _____ parcelas de R\$ _____ (_____)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome _____ Masc. Fem.

CPF _____ Telefone ligado o equipamento (____) _____

End. _____ nº _____

Complemento _____ Bairro _____

Cidade _____ Est. _____ CEP _____

Tel. (____) _____ Cel. (____) _____

Ponto de Referencia _____

SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E SAÚDE PRIVADOS CONTRATADOS

Serviço A Nome da Empresa _____ Tel. (____) _____

Contratante _____ CPF _____

Serviço B Nome da Empresa _____ Tel. (____) _____

Contratante _____ CPF _____

Serviço C Nome da Empresa _____ Tel. (____) _____

Contratante _____ CPF _____

INFORMAÇÕES RELEVANTES DE SAÚDE DO USUÁRIO

MODELO

IDENTIFICAÇÃO DOS CONTATOS

Contato 1 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____

Contato 2 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____

Contato 3 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____

Contato 4 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____

Contato 5 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____

Contato 6 Nome _____
Tel. (____) _____ Tel. (____) _____
Parentesco _____ Tem Chave _____



ORDEM DE CHAMADA

Serviço de Emergência e Saúde _____ . _____ . _____

Contatos _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____

MODELO