

# RECIBO

Eu, \_\_\_\_\_ (“**Angariador**”),  
portador(a) da cédula de identidade RG n.º \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob n.º \_\_\_\_\_,  
**[credenciado(a) à Corretora** \_\_\_\_\_,  
**inscrita no CNPJ sob o n.º** \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins que prestei todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo(a)  
Sr.(a) \_\_\_\_\_ (“**Proponente**”), porta-  
dor(a) da cédula de identidade RG n.º \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob  
n.º \_\_\_\_\_, acerca das características da contratação de planos  
coletivos, formas de sua utilização, limites e exclusões de cobertura, autorizações, carências, coberturas  
parcial temporárias, pagamentos, reajustes, dentre outras, relacionadas as condições do plano/seguro saúde,  
resultando na formalização da assinatura da Proposta n.º ( \_\_\_\_\_ ).

Em razão desta prestação de serviços de intermediação e angariação, foi acordado com o Proponente o rece-  
bimento, nesta data, do valor de R\$ ( \_\_\_\_\_ ).

O pagamento foi efetuado pelo **Proponente** na qualidade de: (  ) Proponente Titular ou (  ) Responsável Finan-  
ceiro, do plano/seguro saúde, da seguinte forma:

Dinheiro

Cheque: n.º do cheque \_\_\_\_\_, Agência \_\_\_\_\_, Banco \_\_\_\_\_

Foi esclarecido e aceito pelo **Proponente** que o pagamento deste valor não se confunde, isenta, exclui ou  
substitui o pagamento da primeira e demais mensalidades do plano/seguro saúde, as quais serão pagas dire-  
tamente pelo **Proponente** à Administradora de Benefícios dando direito, assim, às coberturas previstas na  
Proposta mencionada.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20  
Data

Assinatura do Angariador: