

# CONTRATAÇÃO DE SEGURO DE RODEIO

NOME DA ENTIDADE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

NOME DO EVENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO LOCAL: \_\_\_\_\_

DATA E HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_

DATA E HORA DE TERMINO: \_\_\_\_\_

NOME DO PATRAO: \_\_\_\_\_

CPF DO PATRAO: \_\_\_\_\_

DATA NASC.PATRAO: \_\_\_\_\_

Nº DE LAÇADORES ACIMA DE 14 ANOS: \_\_\_\_\_

Nº DE LAÇADORES ATÉ 14 ANOS: \_\_\_\_\_

PLANO	COBERTURA	CAPITAL	CUSTO ACIMA DE 14 ANOS	CUSTO ATÉ 14 ANOS	DURAÇÃO
6	Morte Acidental	R\$ 150.000,00	R\$ 4,00	R\$ 2,00	2 Dias
	Invalidez Acidental	R\$ 150.000,00			
	DMHO	R\$ 1.000,00			

ENVIAR NOME, CPF E DATA DE NASCIMENTO DOS PARTICIPANTES, NA SEGUNDA-FEIRA APÓS O EVENTO.

E-MAIL 1 (PARA ENVIO DO BOLETO): [setimaregiao@hotmail.com](mailto:setimaregiao@hotmail.com)

E-MAIL 2 (PARA ENVIO DO BOLETO): \_\_\_\_\_

FAX PARA ENVIO DO BOLETO: \_\_\_\_\_

ENVIAR ESTA FICHA DE DADOS PREENCHIDA PARA:

[everaldo@raizseguros.com.br](mailto:everaldo@raizseguros.com.br)

(54) 3025 2550 / 3221 4190 / 99715779

