

# CADASTRO DE FORNECEDOR

## PESSOA JURÍDICA

**Unimed**   
Leste Paulista

ANS-nº358088

Dados cadastrais	
Razão Social	
Nome Fantasia	
CNPJ	
Inscrição Municipal	Inscrição Estadual
Enquadramento ( ) Simples Nacional ( ) Lucro Real ( ) Lucro Presumido ( ) Isento	
Endereço	CEP
Cidade	
Estado	
Telefone	Celular
Contato	
Site	
Ramo de atividade	
Você já fez contato com algum colaborador da Unimed? ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, cite o nome	
Produtos/Serviços oferecidos	
Principais marcas dos produtos que sua empresa oferece?	
Sua empresa possui Programa de Qualidade? Sim ( ) Não ( )	
Se possui, relacione	
Sua empresa possui certificação ISO? Sim ( ) Não ( )	
Se sim, qual?	
Órgão certificador	Data certificação ____/____/____
Condições pagamentos	
Valor mínimo de compra	
Emissão de boleto ( ) Sim ( ) Não	
Cartão ( ) Crédito ( ) Débito	
À vista ( )	

<b>Referências comerciais</b>		
Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Contrato Sim ( ) informe o período de vigência _____ Não ( )		

Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Contrato Sim ( ) informe o período de vigência _____ Não ( )		

Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Contrato Sim ( ) informe o período de vigência _____ Não ( )		

Nome/Razão Social		
Responsável	Telefone	Cidade
Contrato Sim ( ) informe o período de vigência _____ Não ( )		

Preencha o formulário e envie para o e-mail [compras@unimedlestepaulista.com.br](mailto:compras@unimedlestepaulista.com.br) junto com a cópia dos documentos solicitados