

1 - DADOS DA EMPRESA

| | | | |
|-----------------|-----|--------------------|---------------------|
| RAZÃO SOCIAL | | | |
| NOME FANTASIA | | | |
| ENDEREÇO | | Nº | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | | CIDADE | |
| ESTADO | | | |
| CEP | DDD | TELEFONES | CELULAR |
| CNPJ | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO MUNICIPAL |
| NOME DE CONTATO | | DEPARTAMENTO | E-MAIL |

2 - REPRESENTANTE LEGAL 1

| | | | |
|----------|----|---------------|-------------|
| NOME | | | |
| ENDEREÇO | | Nº | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | | CIDADE | |
| ESTADO | | | |
| CPF | RG | ÓRGÃO EMISSOR | ESTADO |

3 - REPRESENTANTE LEGAL 2

| | | | |
|----------|----|---------------|-------------|
| NOME | | | |
| ENDEREÇO | | Nº | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | | CIDADE | |
| ESTADO | | | |
| CPF | RG | ÓRGÃO EMISSOR | ESTADO |

4 - CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO E NÚMERO DE VIDAS

| PLANO | REGISTRO ANS | CARACTERÍSTICAS | ACOMODAÇÃO | COPARTICIPAÇÃO | Nº DE VIDAS |
|------------------|--------------|----------------------------|-------------|----------------|-------------|
| BRONZE II | 476.674/16-1 | AMBULATORIAL | - | - | |
| PLENO I | 479.166/17-5 | AMB.+ HOSP. C/ OBSTETRÍCIA | ENFERMARIA | SIM | |
| PLENO II | 478.936/17-9 | AMB.+ HOSP. C/ OBSTETRÍCIA | APARTAMENTO | SIM | |
| SÊNIOR I | 479.167/17-3 | AMB.+ HOSP. C/ OBSTETRÍCIA | ENFERMARIA | - | |
| SÊNIOR II | 479.168/17-1 | AMB.+ HOSP. C/ OBSTETRÍCIA | APARTAMENTO | - | |

5 - DATAS DE VENCIMENTO E VIGÊNCIAS

| PRAZO DE IMPLANTAÇÃO I VENCIMENTO I VIGÊNCIAS | | |
|---|-------------|-------------|
| 01 a 10 | 11 a 20 | 21 a 31 |
| Todo dia 20 | Todo dia 30 | Todo dia 10 |

| |
|------------------------------------|
| VALOR TOTAL DA FATURA (R\$) |
| |

Empresas de 2 a 29 vidas: Solicitar boleto da 1ª mensalidade? SIM NÃO

*Empresas acima de 29 vidas: emissão automática de boleto.

6 - DADOS DO VENDEDOR/CORRETORA

| | |
|------------------|--|
| NOME DO VENDEDOR | CONCESSIONÁRIO AUTORIZADO (NOME E CARIMBO) |
| | |

*O CORRETOR NÃO ESTÁ AUTORIZADO A RECEBER QUALQUER IMPORTÂNCIA PARA CONTRATOS QUE NECESSITEM DE ENTREVISTA MÉDICA QUALIFICADA DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA AMI.

| |
|---|
| LOCAL E DATA: _____, _____ DE _____ DE _____. |
| CARIMBO E ASSINATURA DA CONTRATANTE |
| |

7 - CARÊNCIAS REFERENCIAIS

Para as inclusões constantes desta proposta de adesão, haverá cumprimento dos períodos de carência, constantes No contrato, conforme descrito abaixo:

| | |
|--|-----------------|
| Urgência e Emergência | 24 horas |
| Consultas e Exames Laboratoriais | 30 dias |
| Exames Complementares | 90 dias |
| Internações e exames/procedimentos de alta complexidade, além de todas as demais coberturas previstas e não descritas nos itens anteriores* | 180 dias |
| Parto a Termo* | 300 dias |

*As internações e exames/procedimentos que necessitem de internamento ou suporte hospitalar superior a 12 horas, sem cobertura para o plano Bronze II (ambulatorial).

8 - TAXAS DE COPARTICIPAÇÃO

Seguem abaixo valores e referências para os produtos com coparticipação:

| | |
|---|------------------|
| Consultas | R\$ 20,00 |
| Consultas de Urgência e Emergência | R\$ 30,00 |
| Demais Procedimentos (exceto internação) | 20% |
| Teto de R\$ 100,00 (cem reais) por procedimento. | |

9 - TERMO DE CIÊNCIA/DECLARAÇÕES

- 1) A empresa declara que teve ciência do Plano Referência da AMI, e esta optou pelo produto constante no item 04 desta proposta;
- 2) Recebeu e teve ciência do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, nos moldes exigidos pela ANS;
- 3) Recebeu cópia desta Proposta, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC), cópia do Contrato, contendo as cláusulas e condições, as quais foram integralmente lidas por nós e aceitas, sem restrição ao seu conteúdo, não restando quaisquer dúvidas acerca das coberturas assistenciais, prazos de carências, valores das mensalidades, reajustes e demais condições do plano contratado;
- 4) Temos ciência de que este contrato terá início no dia indicado no item "05 - Datas de Vencimento e Vigências", não havendo qualquer pagamento anterior àquela data;
- 5) Temos ciência que, de acordo com o calendário de implantação descrito no item 04, o prazo para movimentações cadastrais (INCLUSÃO e EXCLUSÃO) será de 11 (onze) dias antes do vencimento da fatura (conforme tabela abaixo). Quando a solicitação ocorrer após o período estipulado, o processamento ficará para o mês seguinte.

| VENCIMENTO | PRAZO DE MOVIMENTAÇÕES |
|-------------------|--------------------------------------|
| 10 | Até 21º DIA DO MÊS CORRENTE |
| 20 | ATÉ O 1º DIA DO MÊS SEGUINTE |
| 30 | ATÉ O 11º DIA DO MÊS SEGUINTE |

6) A CONTRATANTE declara que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, não tendo sido omitida qualquer informação que viesse a interferir na aceitação da mesma, inclusive estando ciente de que deverá apresentar, no ato da contratação, toda a documentação comprobatória dos dados informados, inclusive dos beneficiários aqui inclusos. A omissão ou preenchimento incorreto dos dados poderá acarretar na suspensão e/ou cancelamento deste contrato.

7) TAXA DE CADASTRO DE R\$ 10,00 (DEZ REAIS) POR VIDA.

LOCAL E DATA: _____, _____ DE _____ DE _____.

CARIMBO E ASSINATURA DA CONTRATANTE