

Administradora estipulante:



TERMO DE ADESÃO PME

Operadora:



TERMO DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL CELEBRADO ENTRE A AMEX SAÚDE, NA QUALIDADE DE CONTRATADA, E A VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA., NA QUALIDADE DE CONTRATANTE, E A EMPRESA ADERENTE ABAIXO DESCRITA, PARA OFERTA DE PLANOS DE SAÚDE NAS SEGMENTAÇÕES: AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, AOS SÓCIOS, FUNCIONÁRIOS, ADMINISTRADORES DA EMPRESA (ESTATUTÁRIOS), TRABALHADORES TEMPORÁRIOS, ESTAGIÁRIOS OU MENORES APRENDIZES E SEUS RESPECTIVOS DEPENDENTES, CONFORME CONTRATO.

Razão Social:

QUALIFICAÇÃO DA EMPRESA ADERENTE

CNPJ/MF:

Rua/Av.

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

Nome do Sócio:

CPF/MF:

E-mail:

Telefone:

A pessoa jurídica de direito privado acima qualificada, neste ato representada por seu(sua) sócio(a) ou responsável, igualmente supraqualificado, declara que adere ao contrato em referência na condição de **EMPRESA ADERENTE** e, na oportunidade, delega a cobrança das mensalidades devidas pelos beneficiários à Administradora de Benefícios estipulante, de modo que as cobranças serão realizadas diretamente em nome do(a) sócio(a) e/ou funcionário que aderir ao plano de saúde objeto do contrato junto à **CONTRATANTE, SEM QUALQUER RESPONSABILIDADE FINANCEIRA OU OPERACIONAL PARA A EMPRESA ADERENTE.**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais:

- a) Ter ciência da necessidade de apresentação dos devidos documentos comprobatórios do vínculo empregatício, que podem ser a GFIP/FGTS ou outro documento legal de contratação, como cópia do último contracheque ou da carteira profissional com as páginas da foto e do registro.
- b) Ter ciência de que a validade deste TERMO DE ADESÃO está condicionada à apresentação e anexação do Contrato Social da Empresa Aderente, juntamente com o CPF e RG do Sócio Responsável.
- c) Não possuir contrato ativo com a CONTRATADA.
- d) Ter ciência dos prazos de carência aos quais eu e meus funcionários estamos sujeitos no primeiro grupo de adesão ao contrato:

ASSISTÊNCIAS MÉDICO-HOSPITALARES COBERTAS

| | NORMAL GRUPOS COM ATE 29 BENEFICIÁRIOS | REDUZIDO GRUPOS COM MAIS DE 30 BENEFICIÁRIOS |
|--|---|---|
| Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato | Isento | Isento |
| Consultas médicas e Exames simples e Procedimentos simples | 30 dias | Isento |
| Exames Especiais e Procedimentos Especiais | 180 dias | Isento |
| Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia | 180 dias | Isento |
| Cirurgias, inclusive ambulatoriais | 180 dias | Isento |
| Parto a termo | 300 dias | Isento |
| Demais casos, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS | 180 dias | Isento |

Este termo deverá ser assinado pelo sócio responsável e constar o carimbo do CNPJ da Empresa Aderente.

Local e data

Assinatura do representante legal da EMPRESA ADERENTE

Nome:

RG/CPF:

CARIMBO COM CNPJ