

APRESENTAÇÃO DO KIT DE ADESÃO

Proposta N°

Prezado(a) Beneficiário(a),

É com grande satisfação que apresentamos a você o Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão do **Tudo Saúde**.

ANTES DE PREENCHER E ASSINAR, LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS DAS DOZE (12) PÁGINAS DOS NOVE (9) DOCUMENTOS QUE COMPÕEM ESTE KIT DE ADESÃO, EM CASO DÚVIDA NÃO ASSINE NENHUM DOCUMENTO.

O nosso KIT de adesão é composto por:

01. Esta Apresentação do Kit de Adesão em **duas (2) vias** de igual forma e teor.

Observação: Documento com duas (2) assinaturas, uma em cada via, datar e assinar, preencher o nome o CPF e o código do corretor e solicitar a assinatura do corretor.

02. Proposta de Adesão em **três (3) vias** carbonadas na frente e no verso com condições e informações de igual teor e forma.

Observação: Documento com preenchimento obrigatório da entidade a qual o Beneficiário(a) mantém vínculo, do código do plano escolhido (descritos no verso), das informações cadastrais pessoais e de seus dependentes (se houver), do nome e assinatura do corretor (solicitar) e dos valores contratados, datar e assinar as três (3) vias da Proposta.

03. Termo de Adesão em **duas (2) vias** com frente e verso com condições e informações de igual teor e forma.

Observação: Preencher o número da Proposta de Adesão no campo do Item 1 ler e assinar o Item Dezesesseis (16) que fala sobre reajustes, Documento com seis (6) assinaturas, três (3) em cada via, datar e assinar as duas (2) vias.

04. Declaração de Saúde em **duas (2) vias** de igual teor e forma.

Observação: Preencher o número da Proposta de Adesão, Nome do Beneficiário(a) Titular, se for o caso preencher também as informações sobre os dependentes, datar e assinar as duas (2) vias.

05. Proposta de Redução de Carência Congênere - 01 em **duas (2) vias** de igual teor e forma.

Observação: Em caso de Beneficiário e/ou Dependente oriundo de Plano Anterior, preencher as informações do quadro central, datar e assinar as duas (2) vias (se houver).

06. Termo de Responsabilidade em **duas (2) vias** de igual teor e forma.

Observação: Preencher o Nome completo e o número do CPF do Beneficiário(a) Titular, preencher o nome completo do corretor, datar e assinar as duas (2) vias e solicitar a assinatura do corretor.

07. Termo de Informação em **duas (2) vias** com frente e verso com condições e informações de igual teor e forma.

Observação: Preencher o Nome completo e o número do CPF do Beneficiário(a) Titular, preencher o nome completo do corretor, datar e assinar as duas (2) vias e solicitar a assinatura do corretor.

08. Carta de Orientação ao Beneficiário (ANS) em **duas (2) vias** de igual forma e teor.

Observação: Preencher o Nome completo e o número do CPF do Beneficiário(a) Titular, preencher o nome completo e o CPF do corretor, datar e assinar as duas (2) vias e solicitar a assinatura do corretor.

09. Boleto para o pagamento de confirmação de Inclusão (Adesão).

Observação: Destacar os boletos e pagar até o dia 10 do mês de inclusão (Adesão), a sua inclusão (Adesão) está diretamente condicionada ao pagamento deste boleto, em caso de pagamento após o dia 10, a sua inclusão (Adesão) ocorrerá no mês subsequente ao mês do pagamento, a parte não destacada deverá ser datada e assinada com uma única assinatura.

ATENÇÃO - VERIFIQUE SE O BOLETO DE PAGAMENTO ESTÁ COM O MESMO NÚMERO DA PROPOSTA, SÓ PAGUE O BOLETO COM NÚMERO IGUAL A PROPOSTA, SÓ ESTE BOLETO PODE IDENTIFICAR O SEU PAGAMENTO E CONSEQÜENTE ADESÃO, O GRUPO AMEDI SE RESERVA O DIREITO DE NÃO INCLUIR ESTA PROPOSTA CASO O PAGAMENTO OCORRA COM BOLETO E NÚMERO DIFERENTE AO DA PROPOSTA.

10. Autorização para Débito em Conta Corrente do valor do plano em **uma (1) via** (se desejar optar).

Observação: Caso o Beneficiário Titular deseje optar por débito em conta corrente do valor da mensalidade do plano de saúde, preencher todos os campos datar e assinar uma vez na única via.

Local e Data



Nome Completo do Corretor

Beneficiário Titular - Assinatura

Assinatura do Corretor

CPF do Beneficiário Titular

CPF e Código do Corretor

Proposta de Adesão - Convênio com Contrato por Adesão		Nº da Proposta
Movimentação Cadastral Entidade: _____ CNPJ: _____ Lei nº 9.565, de 03/06/1998		 
Grupo Amedi Rua Voluntários da Pátria, n 45 / 11º Andar / Sala 1107 Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - Cep 22270-000 Tel.: (21) 3554-1890 / Fax 3554-1898		

Plano Contratado - confira no verso se o Código ao lado corresponde a sua opção de plano. →

Dados do Beneficiário(a) Titular

Nome: _____

CPF: _____ EC: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: _____ Endereço: _____

Nome: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____

UF: _____ CEP: _____ DDD: _____ Telefone Residencial: _____ Celular: _____ Identidade - Órgão - Emissão: _____

Nome da Mãe do Titular: _____ CPF: _____

Nome da Empresa em que trabalha o Titular: _____

Função: _____ Telefones - Trabalho / Celular / Fix: _____

E-mail: _____ Ponto de Referência do Endereço: _____

Vigência do Contrato: Anual com renovação todo mês de Junho (Termo de Adesão, Item 16 - B) independentemente da data da ADESÃO a este contrato. Sendo o início dos benefícios todo dia 10 do mês subsequente a data da assinatura desta proposta.

Dados dos Dependentes/beneficiários

	Nome	CPF	GP	EC	Data de nascimento	Sexo
1	Nome da Mãe: _____	_____			_____	
2	Nome da Mãe: _____	_____			_____	
3	Nome da Mãe: _____	_____			_____	
4	Nome da Mãe: _____	_____			_____	
5	Nome da Mãe: _____	_____			_____	

Legenda: Grau de Parentesco (GP) (1) Mãe (2) Cônjuge (3) Filho/Filha (4) Outros Estado Civil (EC) (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros

Taxa de Adesão Obrigatória

A taxa de adesão obrigatória é equivalente a 100% (cem por cento) do valor total da primeira mensalidade, e deve ser integralmente quitada no ato da presente adesão. Atenção: Embora correspondente ao valor total da primeira mensalidade, a taxa de adesão não exclui, substitui ou isenta o pagamento da referida primeira mensalidade, na data programada mensalmente.

VALOR DAS MENSALIDADES

Titular R\$ _____	Dependente 1 R\$ _____	Dependente 2 R\$ _____	Dependente 3 R\$ _____
Dependente 4 R\$ _____	Dependente 5 R\$ _____	Prêmio Total a ser pago R\$ _____	

Valores da Venda sem desconto

Prêmio total a ser pago R\$ _____	Despesa de Cadastro R\$ _____	Taxa Operacional R\$ _____	Valor Total R\$ _____
Recebi do(a) Sr.(a.) a importância de R\$ _____ Relativa a Taxa de Adesão Obrigatória, do plano acima assinalado.			
Nome do Corretor _____		Assinatura do Corretor _____	

ATENÇÃO: SÓ ASSINE O CONTRATO APÓS LER E ASSINAR O TERMO DE ADESÃO

Assinatura do Beneficiário(a) Titular contratante Associado (Item 1 verso)

Data da assinatura
 1ª via do Estipulante / 2ª via do Contratante Associado

TERMO DE ADESÃO

(frente)

LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS ABAIXO E NO VERSO ANTES DE ASSINAR ESTE TERMO DE ADESÃO, NÃO ASSINE SE TIVER QUALQUER DÚVIDA.

Pelo presente, declaro expressamente:

1. Ter conhecimento de que o presente instrumento é uma proposta de adesão a um contrato coletivo de plano de saúde estipulada pelo **Grupo Amedi** com a **Tudo Saúde**., identificada na Proposta nº em convênio com a entidade também identificada no contrato.

Tal contrato coletivo destina-se aos conveniados, sendo gerida e administrada pelo próprio estipulante **Grupo Amedi**;

2. Estar ciente que a minha adesão está impreterivelmente condicionada a quitação da taxa de adesão obrigatória equivalente a 100% (cem por cento) do valor total da primeira mensalidade, e deve ser integralmente quitada no ato da presente adesão. Atenção: Embora correspondente ao valor total da primeira mensalidade, a taxa de adesão não exclui, substitui ou isenta o pagamento da referida primeira mensalidade na data programada mensalmente

3. Estar ciente de que, após a aprovação da proposta, os benefícios terão início no 1º (primeiro) dia do mês seguinte a aceitação da proposta de adesão;

4. Estar ciente de que a data de vencimento da primeira mensalidade, bem como das demais, está condicionada a forma de pagamento que será através de boleto bancário com vencimento no 10º (décimo) dia do mês;

5. Ser esta adesão voluntária e facultativa; reconhecendo, ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo por adesão, renunciando, neste ano, a contar um plano individual diretamente com a **Tudo Saúde**., já identificada;

6. Estar ciente de que a minha aceitação e a de meus dependentes está condicionada à aprovação, por parte do **Grupo Amedi**, da **Tudo Saúde** e da Entidade que mantém vínculo, e a formação de um grupo mínimo estipulado contratualmente de 100 usuários entre titulares e dependentes, cuja eventual recusa deverá ser apresentada ao proponente titular em até 15 (quinze) dias úteis da data do protocolo de entrada da presente proposta no **Grupo Amedi**. Em caso de aceitação por parte do **Grupo Amedi**, todos os valores pagos serão integralmente devolvidos;

7. Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos termos das condições gerais do presente contrato coletivo por adesão, estipulada entre a **Tudo Saúde**, já identificada, e o **Grupo Amedi**, reconhecendo que recebi os referidos termos, juntamente com esta proposta de adesão (frente e verso), declaração de saúde, e aditivos, incluindo informações sobre o plano pretendido e suas peculiaridades de cobertura, despesas não cobertas, formas de reajuste;

8. Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, através de boleto bancário emitido pelo **Grupo Amedi**, acrescido de tarifa de cobrança bancária, taxa operacional e mensalidade da entidade de classe, e a opção de outra forma de pagamento somente previamente autorizado pelo estipulante. Não ocorrendo a quitação de minha mensalidade, no dia 10 (dez) de cada mês, caso esta data ocorra Sábado, Domingo ou feriado, a quitação deverá ser no primeiro dia útil subsequente a data indicada no boleto, deverei dirigir-me imediatamente ao local indicado no item 14, no máximo até o dia 15 do mesmo mês, para quitar minha mensalidade;

9. Estar ciente, também, de que, em caso de atraso no pagamento da mensalidade, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor fixado e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês;

10. Estar ciente de que, dado o caráter diferenciado deste contrato coletivo por adesão, inexistente o direito do contrato individual que permite o atraso de pagamento de mensalidade em até 60 (sessenta) dias acumulados ou sucessivos e que a inadimplência por parte do beneficiário titular e seus dependentes, implicará no cancelamento automático dos benefícios outorgados pelo contrato. Autorizar ainda, expressamente o estipulante **Grupo Amedi** a proceder minha exclusão do referido contrato, juntamente com a de todos os meus dependentes, e a cobertura pelo presente contrato serão totalmente encerrados no último dia do mês pago;

Declaro que li os dez (10) itens acima, desta frente do Termo de Adesão e que estou ciente e de acordo com todos os itens, em ___/___/___

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO(A) TITULAR CONTRATANTE:

GRUPO AMEDI - RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA, N 45 / 11º ANDAR / SALA 1107
BOTAFOGO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 22270-000 - TEL.: (21) 3554-1890 / FAX 3554-1898

ANS - 417076

TERMO DE ADESÃO

(verso)

11. Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, somente poderei reingressar neste contrato após o preenchimento de todos os requisitos: aceitação do **Grupo Amedi** e cumprimento de novas carências, independentemente do período anterior em que pertencemos a este contrato além da quitação de débitos anteriores; e aprovado pela **Tudo Saúde**.

12. Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha solicitação ou pelo motivo constante do item 10 (dez) frente, deverei devolver ao estipulante meu cartão de identificação do plano de saúde, bem como os cartões dos meus beneficiários dependentes. A partir do referido cancelamento (exclusão), não mais poderemos utilizar o presente plano, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras pelas utilizações indevidas dessa natureza, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;

13. Outorgar ao estipulante procuração para representar, com amplos poderes, a mim e a meus dependentes perante a **Tudo Saúde**, já identificada, a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e a Superintendência de Seguros Privados SUSEP no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como reajuste de preços do presente benefício;

14. Responsabilizar-me por comunicar, por escrito, ao **Grupo Amedi**, investido dos poderes de administração do presente contrato coletivo por adesão, situando à Rua Voluntários da Pátria, 45 / 11º Andar / Sala 1107 - Botafogo Tel.: (21) 3554-1890 / Fax 3554-1898, toda e qualquer alteração cadastral (inclusão/exclusão de dependentes, etc.) principalmente de endereço, bem como o não recebimento do boleto de cobrança são de minha inteira responsabilidade mensalidade até (3) dias antes do vencimento. Todas as consequências da não informação são de minha inteira responsabilidade. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente, desde que protocoladas até o dia 15 (quinze) de cada mês ou no 1º (primeiro) dia útil subsequente;

15. Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão; e autorizo, desde já, o **Grupo Amedi** e/ou a **Tudo Saúde**, a solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas, tais como: comprovante de endereço, comprovante de vínculo com a entidade conveniada, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, psiquiátricos, prontuários, exames, etc.;

16. Estar ciente de que a mensalidade citada no item 8 (oito) poderá sofrer reajuste, independente da data de minha adesão e de meus dependentes, com minha total concordância, nas situações abaixo descritas: **(A)** por mudanças de faixa etária, conforme descrito no **Termo de Informação**, Termo este, que li, concordei e assinei, **(B)** anualmente, quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do plano, que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, e/ou de acordo com o aumento dos custos dos serviços de assistência à saúde, **sempre no mês descrito** na frente do contrato de identificado a frente deste termo independente do mês de sua inclusão no plano e/ou por aumento do custo operacional do **Grupo Amedi**, **(C)** em outras hipóteses desde que em conformidade com a legislação vigente à época; e declaro aqui estar ciente e de acordo com este item 16, em ___/___/_____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO(A) TITULAR CONTRATANTE:

17. Ter direito de desistir da presente proposta de adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de quinze (15) dias, contando a partir da data da assinatura desta proposta; e que, dentro desse prazo, a desistência seja formalizada e encaminhada por escrito ao estipulante **Grupo Amedi** no endereço indicado no item 14 (quatorze) acima;

18. Estar ciente de que a eventual redução dos prazos contratuais de carência só terá validade com a autorização prévia e exclusiva da **Tudo Saúde**, dentro do prazo máximo de 7(sete) dias a partir da data de protocolo desta proposta junto a **Tudo Saúde**, não tendo o **Grupo Amedi** poderes para tal deliberação,

Declaro ter lido a frente e o verso deste Termo de Adesão e estar ciente e de acordo com os dezoito (18) itens, dez (10) na frente e oito (8) no verso. Declaro ainda que recebi, neste ato, cópias, da Apresentação do Kit de Adesão, da proposta de adesão, da declaração de saúde, deste Termo de Adesão, da Proposta de Redução de Carência Congênere, do Termo de Responsabilidade, do Termo de Informação e da Carta de Orientação ao Beneficiário. O cartão de identificação, a lista de prestadores médicos referenciados e o manual do usuário, serão por mim retirados na sede do Grupo Amedi, no endereço citado no item 14, tão logo o meu registro e do(s) meu(s) dependente(s) esteja(m) regularizado(s) junto a Tudo Saúde.

Local e data

Assinatura do Beneficiário(a) Titular proponente

Nome da Corretora Autorizada

Nome do Corretor

Redução de Carência Congênere RCC - 01 - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

PROPOSTA VÁLIDA PARA OS CONTRATOS CUJOS BENEFICIÁRIOS SE ENCONTRAM ENTRE A FAIXA ETÁRIA DE ZERO (0) A CINQUENTA E OITO (58) ANOS.

Esta proposta tem por finalidade proporcionar aos beneficiários inscritos na proposta contratual a redução das carências definidas no contrato para os beneficiários ora inscritos abaixo e que estejam em acordo com a documentação necessária.

- DADOCUMENTAÇÃO

O proponente, advindo de empresa congênere, entregará à Intermédica toda a documentação original dos (s) beneficiários (s) constantes do plano anterior, e as respectivas cópias dos comprovantes de pagamento, e assinará a proposta de adesão do plano escolhido. Observação: Os documentos deverão ser entregues juntamente a respectiva proposta de adesão.

- DADATA DA TRANSFERÊNCIA, PAGAMENTO E VIGÊNCIA DO CONTRATO ANTERIOR:

A permanência dos beneficiários no contrato da congênere anterior deverá ser, no **mínimo SEIS(06) MESES**, e deverão ser apresentadas as cópias das seis (06) últimas mensalidades pagas.

O prazo limite para a a ceitação da proposta de redução de carência congênere será de até sessenta (60) dias contados a partir do último vencimento pago na congênere anterior.

APLICAÇÃO DA CARÊNCIA SERÁ DE ACORDO COM O QUADRO A SEGUIR:

Grupos de carência reduzidas, contados à partir da data de vigência.

CONTRATAÇÃO	
CARÊNCIAS / LOCAL DE ATENDIMENTO	PRAZO
ITEM 1 (urgência e emergência)	24 HORAS
ITEM 2 e 3 (consultas e exames ambulatoriais simples)	24 HORAS
ITEM 4-A (Procedimentos simples e Terapêuticos Ambulatoriais)	30 DIAS
ITEM 4-B (Exames Especiais)	60 DIAS
ITEM 4-C - Internações (exceto, as relacionadas no Item 5)	180 DIAS
ITEM 5 (Partos a termo)	300 DIAS

NOMES DOS BENEFICIÁRIOS COM PLANO ANTERIOR	

O BENEFICIÁRIO QUE NÃO POSSUA PLANO ANTERIOR OU QUE NÃO SEJA COMPROVADA A PERMANÊNCIA EM PLANO ANTERIOR, FICA ESTABELECIDO QUE A APLICAÇÃO DA CARÊNCIA SERÁ DE ACORDO COM O QUADRO A SEGUIR:

Grupos de carência reduzidas, contados à partir da data de vigência.

CONTRATAÇÃO	
CARÊNCIAS / LOCAL DE ATENDIMENTO	PRAZO
ITEM 1 (urgência e emergência)	24 HORAS
ITEM 2 e 3 (consultas e exames ambulatoriais simples)	24 HORAS
ITEM 4-A (Procedimentos simples e Terapêuticos)	30 DIAS
ITEM 4-B (Exames Especiais)	180 DIAS
ITEM 4-C - Internações (exceto, as relacionadas no Item 5)	180 DIAS
ITEM 5 (Partos a termo)	300 DIAS

- DOS BENEFICIÁRIOS:

Este aditivo promocional estabelece, a redução dos prazos de carência, inicialmente previstos nas cláusulas 9.3.1 dos contratos de assistência à Saúde Coletivo por Adesão. Os beneficiários cumprirão as demais cláusulas do contrato que permanecem inalteradas, inclusive quanto aos critérios de reajustes das mensalidades. Esta redução, nas condições apresentadas, será aplicada uma vez que os pré-requisitos acima estabelecidos tenham sido cumpridos e após a anuência desta operadora.

AS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES PERMANECEM INALTERADAS.

Local e data

Assinatura do Beneficiário(a)

Titular Proponente

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar ciente de que estou aderindo a um Contrato Coletivo por Adesão e não um Contrato Individual e/ou Familiar, e que a aceitação de minha adesão e a de meus dependentes, se houver, estará condicionada à aprovação prévia de minha entidade de classe. Declaro, ainda, para os devidos fins e efeitos, que as informações sobre minha condição de saúde e a de meus dependentes, bem como as demais informações prestadas na Ficha Cadastral (Proposta de Adesão) e no Questionário da Declaração de Saúde e Hábitos de Vida, são, absolutamente verdadeiras e completas. Reconheço a importância de informar a verdade, a fim de não causar prejuízos aos demais participantes do contrato ou à minha entidade de classe, que, por meio deste, estará autorizada a solicitar, a qualquer momento, documentação comprobatória referente às informações por mim fornecidas. Também estou ciente de que, de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente à mesma. Declaro ainda que tenho conhecimento que a vigência do contrato ocorrerá sempre no dia 1 do mês subsequente à assinatura da Ficha Cadastral e demais documentos de adesão, bem como, assumo desde já, a responsabilidade de que na ocasião em que receber as carteiras da Intermédica, conferir se o Plano descrito na carteira é o Plano por mim contratado, e que se houver dúvida ou discrepância nas informações apostas nestas carteiras, devolvarei imediatamente, solicitando a correção, sendo que o ato de devolução e solicitação de correção e troca, será feito por escrito e endereçado ao **Grupo Amedi** com protocolo confirmando minha solicitação.

Nome Completo do Beneficiário Titular

CPF do Beneficiário Titular

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Titular

Declaro, ainda nesta data, ter registrado todas as informações prestadas pelo proponente acima qualificado, não tendo ocorrido qualquer participação minha que possa ter influenciado-o(a) em suas declarações, tanto neste Termo de Responsabilidade, quanto nos demais documentos, em especial na Declaração de Saúde do titular e respectivos dependentes.

Nome Completo e Código do Corretor

Assinatura do Corretor



TERMO DE INFORMAÇÃO

(frente)

Proposta nº

Prezado(a) Beneficiário(a)

O **Grupo Amedi**, sempre objetivando a transparência em suas relações, informa que não se responsabiliza por quaisquer outras cláusulas, negociações, condições ou informações **que não estejam expressamente descritas** em qualquer uma das doze (10) páginas que compõem o KIT DE ADESÃO e exclusivamente se restringem aos termos que estão expressos e escritos, portanto,

EM CASO DE DÚVIDA NÃO ASSINE NENHUM DOCUMENTO DESTE KIT, NÃO PAGUE QUALQUER VALOR ANTES DE ESTAR PLENAMENTE CONVICTO(A) E DE ACORDO COM TODOS OS TERMOS DESTA CONTRATAÇÃO, para esclarecer dúvidas ligue-nos ou contate-nos no endereço Rua Voluntários da Pátria, 45 / 11º Andar / Sala 1107 - Botafogo Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 3554-1890 / Fax 3554-1898.

INFORMAÇÃO RELEVANTE: Nos Planos com Carência ou redução de Carência a Cobertura para OBSTETRÍCIA será de trezentos (300) dias.

Declaro que li, estou ciente e de acordo com as restrições exclusivas sobre cláusulas, negociações, informações, condições, área de abrangência geográfica e prazo de carência para obstetria, se for o caso, descritos na frente deste termo de informação que se aplicam a mim e a meus dependentes, e declaro ainda que o meu plano é _____ carência _____ conforme Proposta de Redução de Carência Congênere por mim assinado, lido e assinado em ____/____/____.

Nome Completo do(a) Beneficiário(a) Titular por extenso

CPF do(a) Beneficiário(a) Titular

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular:

Nome completo e código do Corretor(a)

Assinatura do Corretor(a)

GRUPO AMEDI - RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA, N 45 / 11º ANDAR / SALA 1107
BOTAFOGO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 22270-000 - TEL.: (21) 3554-1890 / FAX 3554-1898

ANS - 417076

TERMO DE INFORMAÇÃO

(Verso)

Informação sobre Reajustes por Faixa Etária:	No mês em que completar 00 a 18 anos, aumento de	32,20%
	No mês em que completar 19 a 23 anos, aumento de	5,43%
	No mês em que completar 24 a 28 anos, aumento de	14,59%
	No mês em que completar 29 a 33 anos, aumento de	3,49%
	No mês em que completar 34 a 38 anos, aumento de	11,69%
	No mês em que completar 39 a 43 anos, aumento de	37,12%
	No mês em que completar 44 a 48 anos, aumento de	12,65%
	No mês em que completar 49 a 53 anos, aumento de	38,36%
No mês em que completar 54 a 58 anos ou mais, aumento de	60,97%	

Informação sobre documentação completa:

O Grupo Amedi Saúde informa que para que a Inclusão (Adesão) seja realizada é necessário:

1. Documentos: Cópia do CPF, cópia da Identidade, cópia do comprovante de residência.
2. Comprovante de vínculo com a entidade conveniada.
3. Comprovante profissional de categoria da entidade conveniada (Carteira de Trabalho ou contra cheque), se o documento apresentado for a carteira de trabalho, enviar cópia da folha com retrato, da folha de admissão na empresa atual e da folha com a contribuição sindical anual.
4. No caso de Beneficiários(as) Titulares ou Dependentes oriundos de Plano de Saúde de congêneres, comprovante dos seis (6) últimos pagamentos e cópia da carteira do plano.
5. Dependente maior de dezoito (18) anos, CPF e comprovante do parentesco com o Beneficiário(a) Titular.
6. Dependente menor de dezoito (18) anos, certidão de nascimento ou Identidade.
7. Dependente Cônjuge, Certidão de Casamento, Dependente Companheiro, Declaração de convívio marital emitido por cartório ou Certidão de Nascimento de filho em comum.
8. Todos os documentos do KIT DE ADESÃO, preenchidos e assinados.

OBSERVAÇÃO: O GRUPO AMEDI SE RESERVA O DIREITO DE NÃO PROCEDER A INCLUSÃO (ADESÃO) CASO ALGUM DOCUMENTO DO KIT DE ADESÃO ESTIVER RASURADO, DIVERGENTE OU INCOMPLETO, COMO TAMBÉM NA FALTA DE DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO(A) TITULAR OU DEPENDENTES, DESDE JA INFORMANDO QUE QUALQUER VALOR COMPROVADAMENTE PAGO SERÁ IMEDIATAMENTE DEVOLVIDO, PARA TANTO, O BENEFICIÁRIO(A) TITULAR DEVERÁ INFORMAR ABAIXO, CONTA CORRENTE BANCÁRIA.

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE Nº:

Nos próximos dias nossa equipe de pós-venda fará contato com você para lhe desejar boas vindas, e, se ainda persiste alguma dúvida, nossa equipe está preparada para resolver e informar sobre todos os itens do KIT DE ADESÃO até que você esteja totalmente satisfeito e sem mais nenhuma dúvida, para isso, favor informar o prefixo de sua área e telefone que você gostaria de receber este contato, e se possível o seu e-mail também.

Telefone: () E-mail:

Nosso recado: Embora em alguns momentos durante o preenchimento dos itens do KIT de ADESÃO possa ter parecido haver muito rigor nos quesitos, gostaríamos de lembrar que as regras são elaboradas pelas operadoras e em sua maioria pela ANS que tem por principal objetivo resguardar os direitos dos Beneficiários, portanto, não poderíamos fugir de tais condições, desejamos que nossa relação seja de bons momentos e temos certeza de que a adesão a um plano de saúde é uma decisão para trazer tranquilidade e não transtornos e para tanto, envidaremos esforços para que a tranquilidade norteie nossa relação. **GRUPO AMEDI.**

Declaro que li, estou ciente e de acordo com as informações descritas na frente deste termo de informação, como também as informações sobre reajustes por faixa etária, da documentação completa para que a inclusão (adesão) seja realizada, assim como a reserva do direito de não incluir, informação sobre minha conta corrente e sobre o contato a ser realizado pela equipe de pós-venda do Grupo Amedi presentes neste verso deste termo, lido e assinado em _____/_____/_____

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular:

Assinatura do Corretor(a)

GRUPO AMEDI - RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA, N 45 / 11º ANDAR / SALA 1107
BOTAFOGO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP 22270-000 - TEL.: (21) 3554-1890 / FAX 3554-1898

ANS - 417076

Local e data

Assinatura do beneficiário titular

1ª via - Estipulante / 2ª via - Contratante

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- ✗ A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- ✗ A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- ✗ No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- ✗ **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- ✗ Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- ✗ A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- ✗ Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- ✗ Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário	Intermediário entre a operadora e o beneficiário
_____, ____/____/____	_____, ____/____/____
Local _____	Local _____
Data _____	Data _____
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	CPF: _____
	Assinatura: _____