

TERMO DE ADESÃO COMO ASSOCIADO DA AMPARE – VITALMED (APH)

BENEFÍCIOS:

A inserção no quadro de associados da AMPARE implicará nos seguintes benefícios vigentes atualmente:

CARTÃO AMPARE – atendimento ao titular e dependente(s) em rede credenciada, com descontos sobre tabelas, mediante apresentação do *Cartão AMPARE+* dentro da validade e acompanhado de identidade do usuário.

1. Consultas/procedimentos médicos, livremente realizados e diretamente pagos pelo usuário ao profissional;
2. Compra de remédios na rede Drogasil: descontos de até 45% em 1.500 (um mil e quinhentos) itens de lista específica;
3. Acesso a serviços de apoio à saúde com descontos que variam de 5% (cinco por cento) a 50% (cinquenta por cento);
4. Compra de produtos em óticas com descontos de 15% (quinze por cento) a 25% (vinte e cinco por cento);

Tudo mediante apresentação do Cartão AMPARE dentro da validade e acompanhado de identidade do usuário.

FONE - Central de orientação médica 24h. Tel. 2202-8888

SERVIÇO MÉDICO PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS 24h - em Salvador e Lauro de Freitas, solicitado pelo telefone 2202-8888 e prestado por carro, ambulância ou UTI móvel, compreendendo o atendimento a todo *quadro clínico agudo que implique risco de vida imediato ou doença aguda de sofrimento intenso, de início súbito, não habitual ao paciente e que impossibilite sua ida ao médico - excluindo-se os estados de embriaguês e distúrbios psiquiátricos de qualquer origem*, até a superação da crise ou a sua remoção para estabelecimento hospitalar, cuja escolha e reserva de vaga cabem ao associado ou um responsável.**

CONDIÇÕES DE INCLUSÃO

No momento da contratação do serviço, é cobrada uma taxa de adesão paga diretamente ao vendedor. O não pagamento desta taxa implicará no cancelamento automático do serviço, sem prejuízo de outras medidas cabíveis. O proponente declara à AMPARE seus dados pessoais, e dos dependentes*** (máximo de 6), anexa comprovantes de residência ou contas, autoriza a cobrança de mensalidade* em débito automático na sua conta corrente no Bradesco ou Banco do Brasil. Após a 1ª. cobrança bancária recebe o kit de identificação no endereço declarado (10 dias úteis) passando a associado(s) AMPARE e beneficiário(s) dos produtos descritos acima.

TITULAR:

DATA NASC:

CPF:

ENDEREÇO:

N °

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP.:

TELEFONE FIXO: _____

CELULAR:

LOCAL DE TRABALHO _____

TEL TRAB _____

MATRÍCULA FUNIONAL _____

DEPENDENTES	DATA NASC	CPF
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.	/ /	

Declaro conhecer e concordar com os termos e condições do Plano de Assistência Familiar, pelo que pagarei mensalmente o valor autorizado no ato desta proposta, *comprometendo-me com a assiduidade e a pontualidade desses pagamentos, sob pena de limitação e exclusão dos benefícios em caso de inadimplência, respectivamente uma parcela e duas parcelas.*

Declaro, ainda, que os citados benefícios são dependentes de manutenção dos convênios existentes entre a AMPARE e os respectivos promotores.

Declaro, também, que sou conhecedor de todos os termos do Estatuto Social da Ampare.
Por fim, declaro que estou de acordo que, o contrato tem validade de 01 ano.

Abaixo, segue valores da tabela por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
0 A 39 ANOS	59,90
40 A 49 ANOS	71,40
50 A 58 ANOS	98,70
59+	141,75

* Não cabe reembolso de mensalidade a qualquer título.

** O uso abusivo e indevido do serviço pode ocasionar no cancelamento do contrato.

*** Dependentes – cônjuge, filhos, pai e mãe (comprovado)

Anexar cópias: comprovante residência, CPF, RG, cabeçalho contracheque (que conste nº matrícula e dados bancários)

VALOR ATUAL DA MENSALIDADE: R\$

Salvador/BA,

Associado

Direção / Ampare