

**TERMO DE ADESÃO COMO ASSOCIADO DA AMPARE DO PLANO DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR (PAF)****BENEFÍCIOS:**

A inserção no quadro de associados da AMPARE implica 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 e odontológicos 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 da 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**

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\* boleto ou 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** Dionatha Goulart

**DATA NASC:** 24/07/2024

**CPF**

8	5	9	3	4	6	2	3	0	8	7						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

1	2	3	2	1	3	3	2	1	2	3	1	3	1	2				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

**ENDEREÇO(Av./Rua/Trav)** DOZE DE JULHO 225

**COMPLEMENTO** COMPLEMENTO **BAIRRO** UMBU

**CEP.** 9218218210 **TELEFONE FIXO** 51986485232 **CELULAR** 51986485232

**LOCAL DE TRABALHO** ALVORADA **TEL TRAB** 51986485232

**MATRÍCULA FUNIONAL** 231312312

---

DEPENDENTES PARENTESCO	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 valor atualizado por tabela.

Abaixo, segue valores da tabela por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	VALOR
<b>0 A 39 ANOS</b>	<b>R\$ 62,70</b>
<b>40 A 49 ANOS</b>	<b>R\$ 71,18</b>
<b>50 A 58 ANOS</b>	<b>R\$ 98,39</b>
<b>ACIMA 59+ ANOS</b>	<b>R\$ 141,31</b>

\* 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)

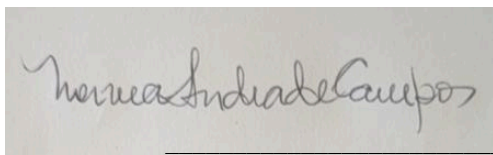
Anexar cópias: comprovante residência, CPF, RG, cabeçalho contracheque (que conste nº matrícula e dados bancários)

27/04/2025

DATA



Associado



Produtor p/ Ampare