

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 _____ **DATA NASC:** / /

CPF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ENDEREÇO(Av./Rua/Trav) _____

COMPLEMENTO _____ **BAIRRO** _____

CEP. _____ **TELEFONE FIXO** _____ **CELULAR** _____

LOCAL DE TRABALHO _____ **TEL TRAB** _____

MATRÍCULA FUNIONAL _____

DEPENDENTES	DATA NASC	CPF	PARENTESCO
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
0 A 39 ANOS	R\$ 62,70
40 A 49 ANOS	R\$ 71,18
50 A 58 ANOS	R\$ 98,39
ACIMA 59+ ANOS	R\$ 141,31

* Não cabe reembolso de mensalidade a qualquer título.

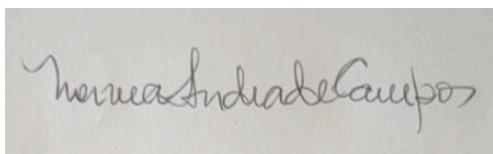
** O uso abusivo e indevido do serviço pode ocasionar no cancelamento do contrato.

*** 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, _____ de _____ de _____.



Associado

Produtor p/ Ampare