

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 Clube AMPARE+** dentro da validade e acompanhado de documento oficial com foto.

Entre os principais parceiros e serviços disponíveis estão:

1. **Clínicas médicas e odontológicas** com descontos em consultas e procedimentos;
2. **Farmácias** com reduções expressivas em medicamentos e produtos de saúde;
3. **Óticas** com descontos de **15% a 25%** em produtos selecionados;
4. **Instituições de ensino** com vantagens em mensalidades e cursos;
5. **Hotéis, academias e outros estabelecimentos conveniados**, com descontos que variam de **5% a 50%**, conforme a categoria.

SERVIÇO MÉDICO PARA EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS 24h

- Disponível nas regiões de **Salvador, Lauro de Freitas e Camaçari** o serviço pode ser solicitado pelo telefone **2202-8888** e é realizado por **carro, ambulância ou UTI móvel**, conforme a necessidade do caso.
- O atendimento abrange **situações clínicas agudas** que apresentem **risco imediato à vida** ou **doença súbita de forte intensidade**, que impeça o deslocamento do paciente até um hospital.
- Ficam excluídos atendimentos decorrentes de **embriaguez** ou **distúrbios psiquiátricos**, até que o quadro seja estabilizado. A **escolha e reserva de vaga hospitalar** são de responsabilidade do associado ou de seu responsável.

CONDIÇÕES DE INCLUSÃO

- No momento da contratação, é cobrada uma **taxa de adesão**, paga diretamente ao representante autorizado. O **não pagamento** desta adesão resultará no **cancelamento automático** da contratação, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.
O proponente declara e fornece à AMPARE seus **dados pessoais** e dos **dependentes** (máximo de 6), anexando comprovante de residência ou conta de consumo. Autoriza a **cobrança mensal automática** em conta corrente no **Bradesco** ou **Banco do Brasil** ou **Boleto (taxa de R\$ 5,00)**
Após a primeira cobrança, o associado receberá o **Kit de boas vindas AMPARE** no endereço informado, no prazo de até **10 (dez) dias úteis**, passando a usufruir integralmente dos benefícios descritos neste termo.

TITULAR:

DATA NASC:

CPF:

ENDEREÇO:

N.º:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CEP.:

TELEFONE FIXO:

CELULAR:

LOCAL DE TRABALHO:

TELEFONE DE TRABALHO:

MATRÍCULA FUNCIONAL:

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

Declaro que li, compreendi e concordo integralmente com os **termos e condições do Plano de Assistência Familiar AMPARE**, comprometendo-me ao pagamento pontual das mensalidades autorizadas nesta proposta. Reconheço que a **inadimplência de uma parcela** poderá resultar na **suspensão dos benefícios**, e o **atraso de duas parcelas consecutivas** poderá implicar em **exclusão definitiva do plano**.

Reconheço ainda que a manutenção dos benefícios está condicionada à **vigência dos convênios firmados entre a AMPARE e seus parceiros promotores**.

Declaro estar ciente e de acordo com a **AMPARE**, e que o presente contrato possui **validade de 12 (doze) meses**, podendo ser renovado conforme as condições vigentes à época.

Observações Importantes:

- Não cabe reembolso de mensalidades sob qualquer hipótese.
- O uso indevido ou abusivo dos serviços poderá acarretar o **cancelamento do contrato**.
- São considerados **dependentes**: cônjuge, filhos, pai e mãe (mediante comprovação).

Documentos obrigatórios para adesão:

- Cópia do comprovante de residência, CPF e RG, Cabeçalho do contracheque (contendo número de matrícula e dados bancários).

VALOR ADESÃO:

VALOR MENSALIDADE:

Salvador/BA,

Associado_____
Diretoria Ampare