

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA CNPJ: 07.674.593/0001-10
Endereço: Alameda Santos, 1357, 2º andar, Cerqueira Cesar - CEP: 01419-001 - São Paulo/SP

Início de vigência

Área de Comercialização:

Essa proposta é válida somente para usuários residentes no Estado de São Paulo.

Mês de reajuste do contrato

Data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Operadora Amil

Produtor

Cód. da Concessionária 101202	Nome da Concessionária WAY		
Nome da Concessionária (continuação)		DDD	Telefone
Cód. do Gerente / Supervisor 00209459735	CPF do Gerente / Supervisor 002.094.597-35	Nome do Gerente / Supervisor LÍLIAN CORRÊA MARQUES MACHADO	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação) SANTOS			
Nome do Produtor / Angariador		CPF do Produtor / Angariador	

Dados da Entidade conveniada

Nome da Entidade:

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

Folha 02/17

LINHA DE PRODUTOS AMIL DENTAL – Contrato nº PJ118C

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Abrangência
<input type="checkbox"/> DENTAL 200 R DOC / ANS 474.620/15-1	Assistência Odontológica	nacional
<input type="checkbox"/> DENTAL WIN PRÓTESE / ANS 479.134/17-7	Assistência Odontológica	nacional
<input type="checkbox"/> DENTAL WIN ORTODONTIA / ANS 479.136/17-3	Assistência Odontológica	nacional

LINHA DE PRODUTOS AMIL SELECT – Contrato PJSELECT Adesão 300-1 AD

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> AMIL 350 / 481.725/18-7	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 350 / 481.726/18-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 350 / 481.728/18-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 350 / 481.729/18-0	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL REFERÊNCIA / 466.034/11-0	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	sem coparticipação

LINHA DE PRODUTOS AMIL – Contrato nº PJCA 118-2

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> AMIL 400 / 472.929/14-3	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 400 / 472.931/14-5	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 500 / 472.933/14-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 700 / 472.830/14-1	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 400 / 472.930/14-7	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 400 / 472.932/14-3	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 500 / 472.828/14-9	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL 700 / 472.831/14-9	amb. + hospitalar + obstetrícia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL REFERÊNCIA / 466.034/11-0	amb. + hospitalar + obstetrícia	coletiva	nacional	sem coparticipação

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 03/17

LINHA DE PRODUTOS AMIL ONE – Contrato nº PJCA 019-2

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> AMIL ONE LINCX LT3 / 473.489/15-1	amb. + hospitalar + obstetricia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL ONE LINCX LT4 / 473.483/15-1	amb. + hospitalar + obstetricia	privativa	nacional	com coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL ONE LINCX LT3 / 467.741/12-2	amb. + hospitalar + obstetricia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL ONE LINCX LT4 / 467.740/12-4	amb. + hospitalar + obstetricia	privativa	nacional	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL REFERÊNCIA / 466.034/11-0	amb. + hospitalar + obstetricia	coletiva	nacional	sem coparticipação

LINHA DE PRODUTOS AMIL FÁCIL – Contrato PJCA 500-1

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: NACIONAL

Linha de Produto / ANS	Segmentação	Acomodação	Abrangência	Característica
<input type="checkbox"/> AMIL FÁCIL NEXT ABC / 473.461/15-1	amb. + hospitalar + obstetricia	coletiva	Grupo de Municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL FÁCIL NEXT 10 / 473.323/15-1	amb. + hospitalar + obstetricia	coletiva	Grupo de Municípios: Guarulhos e Arujá	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL FÁCIL NEXT MUNICIPAL SP / 475.739/16-4	amb. + hospitalar + obstetricia	coletiva	Grupo de Municípios: São Paulo	sem coparticipação
<input type="checkbox"/> AMIL FÁCIL / NEXT-100 REFERÊNCIA 473.458/15-1	amb. + hospitalar + obstetricia	coletiva	Grupo de Municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Mauá	sem coparticipação

Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Operadora Amil Assistência Médica Internacional S.A., de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim nas folhas 02 e/ou 03 desta Proposta.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 04/17

Dados do Proponente Titular

CPF* 44536719890	Nome Completo e sem Abreviações* TESTE GABRIEL
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)	Profissão ADMINISTRADOR
Cartão Nacional de Saúde (SUS) 0	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)
Nome Completo da mãe e sem Abreviações* TETSE	
Nome Completo do pai e sem Abreviações	
ARC	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros
Data de Nascimento* 11/03/1997	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Endereço Residencial

CEP 03016000	Logradouro RUA ORIENTE					
Logradouro (continuação)	Número 1	Complemento TESTE				
Bairro BRÁS	Município* SAO PAULO	UF SP				
DDD	Telefone Residencial	DDD 11	Telefone Celular 973927894	DDD	Telefone Comercial	Ramal
E-mail gabrielmdemoura@outlook.com						

Dados Responsável (preencher somente quando o proponente titular for menor de 18 anos)

Nome Completo e sem Abreviações do Responsável						
CPF*	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros					
Data de Nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros			

*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Relação dos Dependentes

Folha 05/17

01

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações002A				
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)			
ARC	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros				
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros			
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*					
Nome Completo do pai e sem Abreviações					

02

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*				
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)			
ARC	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros				
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros			
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*					
Nome Completo do pai e sem Abreviações					

03

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*				
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)					
Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)			
ARC	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros				
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros			
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*					
Nome Completo do pai e sem Abreviações					

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 06/17

04

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
ARC	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros		
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
Nome Completo do pai e sem Abreviações			

05

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
Nº do Cartão Nacional de Saúde	DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
ARC	Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros		
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input checked="" type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
Nome Completo do pai e sem Abreviações			

Adesão e Vigência

Data da assinatura
da propostaData do início da vigência e
da cobertura assistencialVencimento do boleto /
Débito automático

01 a 15

Dia 01 do primeiro mês subsequente

Todo dia 01 de cada mês**

16 a 31

Dia 15 do primeiro mês subsequente

Todo dia 15 de cada mês**

**O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

Valores mensais previstos de acordo com a tabela de vendas vigente – em reais

Proponente	Idade	Valor do Plano de Saúde	Valor do Plano de Odontológico	Total
Titular	23	R\$ 414,04		R\$ 414,04
Dependentes	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

Atenção: Os valores indicados ao lado sofrerão mudança com a incidência do
 (I) reajuste financeiro: que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Operadora Amil ou na menor periodicidade permitida em lei;
 (II) reajuste por sinistralidade, que ocorre na data do aniversário do contrato firmado entre a AllCare Administradora e a Operadora Amil ou na menor periodicidade permitida em lei; e
 (III) reajuste por faixa etária: que ocorre a qualquer tempo quando o cliente completa uma idade que ultrapassa o limite de faixa etária em que se encontrava.
 Todos os itens anteriores podem ocorrer entre a data de assinatura desta Proposta Contratual e data da 1ª cobrança do benefício. A tabela de faixa etária encontra-se na folha 16/17 desta Proposta.

R\$ 414,04

Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.

Taxa de Angariação - Corretagem

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços de corretagem prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde quando proposta pelo Corretor Angariador e **ACEITA** pelo **Proponente**, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha **06/17** desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades do plano de saúde por mim contratado.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pela Administradora, por intermédio de boleto bancário ou débito em conta corrente, no valor fixado na folha **07/17**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **06/17** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 08/17

Cobrança

☐ S**Boleto bancário**

Atenção: A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site: www.allcare.com.br, o boleto bancário para pagamento do benefício.

☐ N

Autorizo o envio dos boletos mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular

e-mail

☐ N**Débito automático em conta-corrente**

Somente para os bancos autorizados pela AllCare (consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página 7/17 desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

Dados bancários do titular

Nº do banco

Banco

Nº da agência

Dígito

Nº da conta-corrente

Dígito

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a mensalidade será cobrada pela **ADMINISTRADORA**, diretamente do Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, através de boleto bancário correspondente ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que a Administradora de Benefícios faça todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por whats app, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

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 medicamento 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 essa doença ou lesão.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE 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 deve 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, endoscopia, 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 carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa 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, 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 fone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil "Beneficiário".

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

_____/_____/_____
Local Data_____/_____/_____
Local Data

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Declaração de Saúde

1. No preenchimento desta declaração, V.Sa. tem a opção de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela **operadora** ou por um profissional de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade. 2. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças ou lesões preexistentes como sendo aquelas que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura desta **Proposta Contratual**, com relação a si próprio ou qualquer de seus dependentes. 3. Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é-lhe oferecida, pela **operadora**, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** - na qual o beneficiário não terá direito aos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença e/ou lesão declarada(s) por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. 4. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas até que a **operadora** apresente as provas concretas à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou a lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do benefício nem do atendimento. 5. A omissão de informação sobre a existência de doença e/ou lesão preexistente que o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta Declaração, desde que comprovada pela ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. **Nesse caso, V.Sa. será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver sido recebido o comunicado ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.**

Quadro I – Declaração de Saúde

Preenchimento pelo PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S), respondendo S para as respostas afirmativas e N para as respostas negativas.		Titular	Dependentes				
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:			1	2	3	4	5
1	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).	N					
2	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).	N					
3	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatóide, entre outras).	N					
4	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).	N					
5	Doenças crônicas do aparelho respiratório e/ou doenças do ouvido, do nariz e da garganta (como asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, sinusite e desvio do septo nasal, entre outras).	N					
6	Doenças ortopédicas (como artrose, hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvios de coluna, deformidades ósseas congênitas, e fraturas de repetição, entre outras).	N					
7	Doenças ou tumorizações malignas, (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).	N					
8	Doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, insuficiência renal, infecção urinária de repetição, incontinência urinária, doenças da próstata, cistos de ovário, mioma uterino e nódulos de mama, entre outros).	N					
9	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.	N					

Rubrica do proponente titular ou responsável
(quando menor de 18 anos)

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

Folha 12/17

Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido “S” ou qualquer outra doença que não se **encontre listada no Quadro I**, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Dependentes	Data do Evento	Esclarecimentos

Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)	75					
Altura (m)	1.81					

Quadro IV – Entrevista Qualificada

A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da operadora.

- ☐ **1** Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- ☐ **2** Declaro que fui orientado por médico particular credenciado da **operadora** no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ **3** Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM: _____

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Operadora** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como de moléstias que tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local de Data

Assinatura do proponente titular

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda. (a "**Administradora de Benefícios**") e a Amil Assistência Médica Internacional S.A. (a "**Operadora**") indicada na página 2 e 3 desta Proposta e destinados à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página 01/17 desta **Proposta**. Estou ciente de que o plano de assistência odontológica Dental 200 R DOC e Dental Win Prótese e Dental Win Ortodontia é um benefício opcional e, se ele for contratado, terei cobertura para os procedimentos odontológicos detalhados no Manual do Beneficiário, que receberei após a aceitação desta **Proposta**.
2. Somente serão aceitos como **dependentes** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); os filhos adotivos ou não, **solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias, mediante entrega de cópia de certidão de nascimento ou de adoção**; Enteados, mediante entrega de cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude; O menor que, por **determinação judicial, se ache sob guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega da cópia da decisão judicial de guarda ou tutela**; Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega de atestado de invalidez emitido pelo INSS, cópia da certidão de nascimento ou de adoção e cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude**.
3. Sou o único **responsável** pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal do(s) **benefício(s)**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) **benefício(s)**.
4. Aceita esta **Proposta**, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo "Início da Vigência", constante na página 1/17 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominado "beneficiários".
5. Assumindo a condição de beneficiário, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações destes **benefício(s)**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.
6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página 01/17 desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página 06/17 e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora.
7. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, utilizar o(s) **benefício(s)** por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) **Operadora(s)**, respeitadas as **condições contratuais** e as disponibilidades dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) **Operadora(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores.
8. A Operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.
9. O benefício de planos de assistência à saúde estão relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) **benefício(s)**.
10. As coberturas excluídas do benefício de plano de assistência à saúde são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e as não incluídas no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
11. Tenho ciência dos prazos de carência para utilização dos benefícios, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir do início da vigência do benefício, conforme página 6/17. Para efeitos da isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências, que acompanha a Proposta.

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

Prazos de Carências – Amil Fácil / Amil Select / Amil / Amil One

Grupo de Benefícios	Carência Contratual
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias
Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos, ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.	180 dias
Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos	180 dias
Parto a termo	300 dias

Prazos de Carências - Amil Dental

Grupo de Benefícios	Carência Contratual
Urgência e Emergência	24 horas
Cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia, radiologia e ortodontia (instalação de aparelho fixo)	60 dias
Procedimentos de prótese, ortodontia (manutenção), clareamento e implante	180 dias

12. Havendo na “**Declaração de Saúde**” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) **Operadora (s)** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou à lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

13. A realização de: (I) exames de alta complexidade; (II) internações; (III) remoções; (IV) procedimentos especiais; depende de **autorização prévia da Operadora**.

14. As características do(s) **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas nas páginas **1, 2 e 3** desta **Proposta Contratual**, assim como a área de comercialização.

15. Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de **30 (trinta) dias** de internação. A partir deste período, além da coparticipação regular, prevista nesta proposta para qualquer internação, haverá coparticipação de **50% (cinquenta por cento)**, incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de **01 (um) ano de Contrato**.

16. Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios (I)** toda e qualquer alteração cadastral, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações, etc; e **(II)** a perda ou extravio da carteirinha de identificação; e **(III)** a perda do vínculo que mantenho com a Entidade.

17. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: www.allcare.com.br; e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

18. Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser formalizada à Operadora ou à Administradora de Benefícios, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

19. Tenho ciência de que o cancelamento do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

19.1. Valores de Coparticipação:

PROCEDIMENTOS	AMIL 350			AMIL 400			AMIL 500		
	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Consulta hospitalar – PS	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Nutrição	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Quimioterapia	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Radioterapia	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Diálise	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00
Internação	-	R\$ 180,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-

PROCEDIMENTOS	AMIL 700			AMIL ONE LINCX LT3			AMIL ONE LINCX LT4		
	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consulta hospitalar – PS	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Nutrição	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Quimioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00
Radioterapia	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00
Diálise	30%	R\$ 150,00	R\$ 50,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00	30%	R\$ 150,00	R\$ 100,00
Internação	-	R\$ 300,00	-	-	R\$ 350,00	-	-	R\$ 400,00	-

20. Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **7/17** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) beneficiário(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero virgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s).

21. Tenho ciência que, caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 02 (dois) dias a contar da data do vencimento original da mensalidade, independente de aviso prévio, poderá ocorrer a **suspensão** do(s) benefício(s), cuja utilização somente será restabelecida em até **05 (cinco) dias**, a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

22. Tenho ciência que a inadimplência por período superior a **30 (trinta) dias** após o **vencimento original da mensalidade**, acarretará a **exclusão** do titular e seus dependentes do plano de saúde tratados no presente instrumento de adesão.

23. Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

24. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, inclusive dos valores de coparticipação, se for o caso, por período **superior a 30 (trinta) dias**, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**.

25. Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), devolverei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

26. Não haverá nenhuma continuidade deste(s) benefício(s), nas hipóteses previstas nos **artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98**, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este(s) benefício(s).

27. O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente na data de aniversário do contrato firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) **reajuste por mudança de faixa etária**, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite de faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir. O reajuste por mudança de faixa etária não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**.

LINHAS DE PRODUTO AMIL FÁCIL – NEXT

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
Até 18 anos	0%
De 19 a 23 anos	35,8%
De 24 a 28 anos	17,4%
De 29 a 33 anos	0%
De 34 a 38 anos	0%
De 39 a 43 anos	11,7%
De 44 a 48 anos	38,1%
De 49 a 53 anos	19,4%
De 54 a 58 anos	43,8%
59 anos ou mais	41,8%

LINHAS DE PRODUTOS AMIL SELECT / AMIL / AMIL ONE

FAIXA ETÁRIA	AUMENTO
Até 18 anos	0%
De 19 a 23 anos	25%
De 24 a 28 anos	25%
De 29 a 33 anos	10%
De 34 a 38 anos	5%
De 39 a 43 anos	10%
De 44 a 48 anos	25%
De 49 a 53 anos	10%
De 54 a 58 anos	25%
59 anos ou mais	75%

28. Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) Operadora(s), quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

29. Tenho ciência que devo informar imediatamente a administradora de benefícios a eventual perda de vínculo que mantenho com a entidade indicada.

30. Poderei **desistir desta Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja **comunicada por escrito à Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento.

31. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

Local de Data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Termo de Declaração, Ciência e Autorização

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Amil Assistência Médica Internacional S.A.** (a "**Operadora**") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/17** desta **Proposta**.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível nos sites da operadora (www.amil.com.br).
3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos Médicos** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS** e está disponível no site: www.ans.gov.br e acessível por meio do site das operadoras.
4. Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu plano não me isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.
5. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos de **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s), mencionado(s) nas páginas **2 e 3** desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas página(s) 4, 5 e 6 desta Proposta ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o "**Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde**", e a cópia da presente "**Proposta**", da "**Carta de Orientação ao Beneficiário**" e da "**Declaração de Saúde**", e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o "**Guia de Leitura Contratual (GLC)**", serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora. O **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e o **Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS)** constam no site da **Administradora de Benefícios: www.allcare.com.br**.

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido na folha **1/17 e 6/17** e está condicionada à **comprovação de minha elegibilidade** na **entidade** com a qual mantenho vínculo.

Local e data

Assinatura do titular ou responsável pelo menor
(passível de reconhecimento em cartório)

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento AllCare:

0800 941 4962 / 3003-6400

www.allcare.com.br

Objeto

Esta proposta tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta Contratual. Os prazos da carência reduzida nesta proposta são válidos na contratação dos produtos da Operadora.

Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

Grupo de Benefícios	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 501	PRC 503
Carência - Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico	30 dias	1 dia	0
Carência - Exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos	30 dias	1 dia	0
Carência - Exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica	180 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia	180 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética	180 dias	60 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia	180 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos	180 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias	180 dias	120 dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia	180 dias	150 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia	180 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutica diagnóstica ambulatorial	180 dias	90 dias	0
j) Artroscopia	180 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise	180 dias	120 dias	0
l) Hemoterapia	180 dias	30 dias	0
m) Cirurgias em regime de day hospital	180 dias	60 dias	0
Carência - Internações em geral (não relacionadas as doenças preexistentes)	180 dias	120 dias	0
Carência - Trabalho de Parto a Termo	300 dias	300 dias	300 dias

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 326305

Folha 03/03

CPT

Cobertura Parcial Temporária para Doenças Preexistentes

CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 501	PRC 503
24 meses	24 meses	24 meses
24 meses	24 meses	24 meses

Estarão sujeitos a CPT as internações cirúrgicas os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS vigentes à época da contratação.

Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.

Crítérios

N	Carência Contratual
Si	501 Válido para clientes de quaisquer categorias, comprovado o tempo de permanência de 06 (seis) a 12 (doze) meses , em plano anterior de Operadoras congêneres.
N	503 Válido para clientes de quaisquer categorias, comprovado o tempo de permanência superior a 12 (doze) meses , em plano anterior de Operadoras congêneres.

Operadoras Congêneres

Agemed, Assim, Bradesco, CarePlus, Clinipam, GNDI (Notre Dame Intermédica), Golden Cross, Hapvida, Omint, Paraná Clínicas, Porto Seguro, Promed, São Francisco Saúde, Saúde Sim, SulAmérica, Unimeds, Vitalis, Operadoras AmilPar (Ana Costa, Santa Helena e SOBAM).

Documentação Obrigatória**Para proponentes oriundos de planos de saúde individuais ou familiares:**

- Comprovante de início no plano de saúde anteriormente contratado (cópia do contrato OU cartão de identificação com data de início no plano de saúde anterior);
- Cópia dos 2 (dois) últimos recibos de pagamentos quitados OU declaração da operadora congênera, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando a data de início no plano de saúde, condições de pagamento e relação dos beneficiários (titular e dependentes).

Para proponentes oriundos de planos de saúde coletivos empresariais ou por adesão:

- Declaração da Pessoa Jurídica contratante, em papel timbrado com carimbo de CNPJ, informando:
 - operadora contratada;
 - tipo de plano e acomodação em internação;
 - relação de beneficiários (titular e dependentes), com as respectivas datas de início e fim da cobertura.


PROPOSTA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA E CPT
COLETIVOS POR ADESÃO
amil

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 326305

	Dados cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep. 1						
Dep. 2						
Dep. 3						
Dep. 4						
Dep. 5						

Terão Direito a Redução

- Proponente que o seu plano de origem seja equivalente ao plano adquirido.
- Proponente que não esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária.
- Proponente oriundos de planos regulamentados pela Lei n° 9.656/98.
- Proponente com até 58 (cinquenta e oito) anos.
- 30 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos empresariais / adesão.
- 60 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos PF.

Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas. Declaro ter recebido cópia desta Proposta de Redução de Carência e CPT e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e à aprovação de documentos por parte da Operadora.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: _____

 Nº da proposta contratual: 27

 Nome do titular/responsável: TESTE GABRIEL

 CPF: 44536719890

 Nome do corretor: WAY

 Código: 101202

 CPF: 002.094.597-35

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável

**TERMO DE ADESÃO**
FATURA DIGITAL ALLCARE

ANS - nº41728-9

Nome completo do titular:
TESTE GABRIELNúmero da Proposta:
27

Fatura Digital AllCare

A AllCare disponibiliza para você a opção da **fatura digital**.

Com a **fatura digital**, você passa a receber sua fatura por e-mail e SMS todo mês com toda a segurança e praticidade.

Vantagens

- É simples, rápido e seguro;
- Sustentabilidade. Com esta atitude, você estará ajudando o meio ambiente;
- Aviso de vencimento. Receba lembrete via e-mail e SMS próximo à data de vencimento para que fique sempre em dia;
- Segurança. Evita o extravio da conta e de dados.

☒ N

Autorizo o envio das faturas mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo:

Celular

e-mail

Local e Data

Rúbrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)