



TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

, pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada **CONTRATANTE** ou **CORRETORA**, inscrita no CNPJ nº , e **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 29.309.127/001-79, **CONTRATADA**, ambas neste ato representadas por seus representantes legais abaixo identificados e assinados.

Considerando que no ato da referida contratação do plano de saúde e ou dental, não foram apresentados todos os documentos necessários para comprovar a elegibilidade dos beneficiários incluídos (relação em anexo), tais como CAGED e respectivo recibo, bem como é fato que a disponibilização de tais informações no órgão oficial pode demorar até 60 dias a contar da contratação do beneficiário pela **CONTRATANTE**.

Considerando que a empresa **CONTRATANTE**, nos termos do contrato de plano de saúde médico e/ou dental avençado, têm o dever de apresentar todos os documentos necessários para a comprovação da elegibilidade dos beneficiários, e por outro lado a **CONTRATADA** tem o direito de apurar e solicitar documentação complementar para tal comprovação a qualquer tempo, nos termos no artigo 5º da RN 195/09 e artigo 20-D da RN 124/06.

A **CONTRATANTE** ou **CORRETORA** declara ter conhecimento que a não confirmação da elegibilidade dos beneficiários junto aos órgãos oficiais, e a ausência da apresentação dos documentos comprobatórios (CAGED e respectivo recibo), será interpretada como falta de elegibilidade, nos termos da legislação vigente e do contrato, o que acarretará a imediata exclusão pela **CONTRATADA** dos aludidos beneficiários, e seus respectivos dependentes (se houver), do plano de saúde médico e/ou dental, e/ou rescisão do contrato, sem prejuízo das medidas administrativas e judiciais que poderão ser adotadas pela **CONTRATADA** para recompor eventuais perdas e danos sofridas.



Assim, por significar a expressão da vontade das partes, firmam o presente
TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE, na presença das testemunhas à abaixo.

São Paulo, de de .

CONTRATANTE ou CORRETORA:

Representante:

CPF/MF:

Cargo:

Testemunhas:

Nome:

CPF/MF:

Nome:

CPF/MF: