

- Matriz São Paulo - Av. Brasil, 703 - CEP 01431-000 - CNPJ 29.309.127/0001-79
- Filial Operacional Rio de Janeiro - Av. das Américas, 4.200 - bl. 3 - CEP 22640-102 - CNPJ 29.309.127/0122-66
- Filial Operacional Barueri - Av. Cauaxi, 118 - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-18
- Filial Operacional Belo Horizonte - Av. do Contorno, 7.248 - CEP 30110-047 - CNPJ 29.309.127/0147-14
- Filial Operacional Campinas - Av. Doutor Moraes Sales, 2.531 - CEP 13092-111 - CNPJ 29.309.127/0132-38
- Filial Operacional Olinda - Av. Presidente Getulio Vargas, 1.530, 4º Andar - CEP 53030-905 - CNPJ 29.309.127/0167-68
- Filial Operacional Caxias - Rua Ailton da Costa, 115 - sala 308 - Parte - CEP 25071-160 - CNPJ 29.309.127/0026-27
- Filial Operacional Brasília - LOC SCS Quadra 06, nº 157 - sala 501 a 508 - CEP 70300-910 - CNPJ 29.309.127/0094-78
- Filial Operacional Ceará - Av. Barão de Studart, 2.441, sala 202 - Edifício Forma V - Aldeota, Fortaleza, Ceará - CEP 60120-002 - CNPJ 29.309.127/0148-03

**Para qualquer informação, ligue SAC: 0800-021-2583 SAC (deficiente auditivo): 0800-021-1001**

**Dados do Contrato**

<input type="checkbox"/> Médica	Para contratação exclusiva do Dental, utilizar a proposta contratual PJ Amil linha Dental.
<input type="checkbox"/> Médica + Dental	

**Dados da Empresa Contratante\***

CNPJ	Razão Social
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	

**Plano de Assistência Médica**

Código do Produto	Nome do Produto
-------------------	-----------------

**Aditivos:**  Amil Resgate Saúde (para todos os beneficiários)  Amil Multiviagem ao Exterior (para todos os beneficiários)

**Atenção: Os aditivos Resgate Saúde e Multiviagem são contratáveis somente para os produtos de abrangência nacional.**

**Plano de Assistência Odontológica**

Código do Produto	Nome do Produto
-------------------	-----------------

**Dados do Titular Beneficiário**

CPF do Titular*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)		
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Titular*			
PRC J, R,	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	Haverá Inclusão de Dependentes no Contrato? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Matrícula Funcional	Cargo ou Função na Empresa		

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

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

**Endereço Residencial\***

CEP		Logradouro					
Logradouro (continuação)				Número		Complemento	
Bairro				Município			UF
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	DDD	Telefone Comercial	Ramal	
E-mail*							

**Dados dos Dependentes/Beneficiários**

1	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*				
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)						
	Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)			
	PRC J, R		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:	Grau de		*Para grau de parentesco OUTROS, serão consideradas somente as inclusões no plano Dental.	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco: <input type="checkbox"/> filho/filha			
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*							
<input type="checkbox"/> Médica		<input type="checkbox"/> Médica + Dental					

2	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*				
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)						
	Nº Cartão Nacional de Saúde			Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)			
	PRC J, R		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:	Grau de		*Para grau de parentesco OUTROS, serão consideradas somente as inclusões no plano Dental.	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco: <input type="checkbox"/> filho/filha			
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*							
<input type="checkbox"/> Médica		<input type="checkbox"/> Médica + Dental					

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

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)	
3 PRC J, R	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"/> outros <input type="checkbox"/> filho/filha	*Para grau de parentesco OUTROS, serão consideradas somente as inclusões no plano Dental.
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			
<input type="checkbox"/> Médica		<input type="checkbox"/> Médica + Dental	

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

**Declarações de ciência**

1 Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, passo a assinar a presente proposta contratual. 2 Declaro que tenho ciência de que a rede credenciada contratada definida pelo tipo de plano contratado e suas atualizações estarão disponíveis no site [www.amil.com.br](http://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](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br). 4 Declaro que tenho ciência de que os procedimentos que necessitam de autorização prévia e as normas administrativas para sua solicitação de cobertura estão disponíveis no site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br). 5 Tenho ciência de que a Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para qualquer necessidade de consulta. 6 Tenho ciência dos valores de coparticipação/franquia constantes na tabela de venda vigente. 7 Declaro que a Amil Assistência Médica Internacional S.A. apresentou como primeira opção de contratação o Plano Referência, que possui, entre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e a cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da Lei nº 9.656/98 como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual.

**Declaração e termo de responsabilidades específicas – Dental**

1 Declaro que recebi as Condições Gerais do Plano Dental, seus aditivos e anexos, e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos e condições de pagamento, expressos no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica, todos disponíveis no site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br). 2 Declaro que tenho ciência de que a rede credenciada odontológica contratada definida pelo tipo de plano odontológico contratado e suas atualizações estarão disponíveis no site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br). 3 Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. 4 Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais. 5 Tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para quaisquer necessidades de consultas. 6 Tenho ciência dos valores de coparticipação/franquia, de acordo com o contratado.

**Declaração e termo de responsabilidades específicas – Aditivos Resgate Saúde e Multiviagem**

1 Declaro que recebi as Condições Gerais do(s) Aditivo(s) por mim selecionado(s) na presente proposta e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos, condições de pagamento e elegibilidade, disponíveis no site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br). 2 Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. 3 Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

**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 no qual o beneficiário, ou seu representante legal, deverá informar as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para 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 dessa opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos 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 isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, 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 carência 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 a partir da 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.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Proponente Responsável

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, nesse caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT ou solicitar abertura de processo administrativo 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 à doença ou lesão não declarada.

Até o julgamento final do processo pela ANS, **não** poderão ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso ocorram, 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 telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS – **www.ans.gov.br – Perfil Beneficiário**.

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Assinatura do Proponente Responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome legível, assinatura e CPFAssinatura: \_\_\_\_\_  
Nome legível, assinatura e CPF

### 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 de que V.Sa. tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato, com relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes. **3** Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, é oferecida, pela Amil, a seguinte opção: **Cobertura Parcial Temporária** – na qual o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada, 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 lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento. **5** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, da qual 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)		RESPONDA ESCRREVENDO "SIM" ou "NÃO"			
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
<b>INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE</b>					
<b>1</b>	Doenças do aparelho cardiocirculatório (como angina, infarto, pressão alta, arritmias, aneurisma de aorta, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras).				
<b>2</b>	Doenças endócrinas e metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, entre outras).				
<b>3</b>	Doenças do sangue, imunológicas e do colágeno ou autoimunes (como anemias, púrpuras, talassemias, HIV, AIDS e suas complicações, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras).				
<b>4</b>	Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (como derrame, aneurisma cerebral, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e doenças congênitas do sistema nervoso, entre outras).				
<b>5</b>	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 de septo nasal, entre outras).				
<b>6</b>	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).				
<b>7</b>	Doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer).				
<b>8</b>	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 outras).				
<b>9</b>	Qualquer outra doença que não se relacione ou não se encontre descrita nos itens anteriores ou que tenha gerado ou não internação.				

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

**Quadro II – Esclarecimentos Complementares**

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

Item	Benef.	Data do evento	Esclarecimentos

**Quadro III – Informações Adicionais**

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3
Peso				
Altura				

**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 credenciado da Amil Assistência Médica 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 **Amil Assistência Médica** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Local e Data de Venda/Vigência

Assinatura do Proponente Responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.