



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº _____



A Administradora poderá realizar comunicação sobre seu Plano de Saúde através de Torpedo SMS, E-mails, Aviso de Cobrança, ou qualquer outro meio legal existente. Para tanto, é imprescindível o preenchimento de todos os campos, principalmente os dados de contato, tais como: e-mail e números de telefones, para evitarmos divergências futuras.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE

| |
|--|
| |
|--|

2. PROPONENTE TITULAR

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------|------------------|-----|---|-----------------------|------------------------------------|-----------|-----------------|--------------------------|-----------|--|
| Nome Completo: | | | | | | | | | | | Valor R\$ | |
| Nome do Responsável (Quando Titular for menor) | | | | | | | | | | CPF do Responsável | | |
| Data de Nasc. | | Idade | Sexo | E C | CPF | | | PIS/PASEP | | Cartão Nacional de Saúde | | |
| Nome Completo da Mãe: | | | | | | Nome Completo do Pai: | | | | | | |
| CEP | | Rua / Av. | | | <input type="checkbox"/> Residencial | | <input type="checkbox"/> Comercial | | | | | |
| Nº | Bairro | | | | Cidade | | | | UF | | | |
| CEP | | Rua / Av. | | | <input type="checkbox"/> Endereço de Cobrança | | | | | | | |
| Nº | Bairro | | | | Cidade | | | | UF | | | |
| Telefone Residencial | | | Telefone Celular | | | Telefone Comercial | | | Telefone Recado | | | |
| E-mail | | | | | | | | | | Operadora Anterior | | |

3. DEPENDENTE(S)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|-----|----------------------|------|-----|--|--|-----------------------------------|--|--------------------------|--|-----------|--|
| 1 | Nome Completo: | | | | | | | | | | | Valor R\$ | |
| | Data de Nascimento | | Idade | Sexo | CPF | | | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | | Cartão Nacional de Saúde | | | |
| | E C | G P | Nome da Mãe Completo | | | | | | | | | | |
| 2 | Nome Completo: | | | | | | | | | | | Valor R\$ | |
| | Data de Nascimento | | Idade | Sexo | CPF | | | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | | Cartão Nacional de Saúde | | | |
| | E C | G P | Nome da Mãe Completo | | | | | | | | | | |
| 3 | Nome Completo: | | | | | | | | | | | Valor R\$ | |
| | Data de Nascimento | | Idade | Sexo | CPF | | | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | | Cartão Nacional de Saúde | | | |
| | E C | G P | Nome da Mãe Completo | | | | | | | | | | |
| 4 | Nome Completo: | | | | | | | | | | | Valor R\$ | |
| | Data de Nascimento | | Idade | Sexo | CPF | | | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | | Cartão Nacional de Saúde | | | |
| | E C | G P | Nome da Mãe Completo | | | | | | | | | | |

Legenda: EC - Estado Civil | S - Solteiro | C - Casado | D - Divorciado | V - Viúvo | GP - Grau Parentesco: 1- Cônjuge | 2- Companheiro | 3- Filho | 4- Outros

| ACEITAÇÃO VIGÊNCIA | Data da assinatura da proposta | Data da vigência e início da cobertura | Data de vencimento das faturas mensais |
|--------------------|--------------------------------|--|--|
| | | 26 a 10 11 a 25 | Dia 01 do mês subsequente Dia 15 do mês subsequente |

| | | | |
|------------------------------|--|----------------------|--|
| VENDEDOR(A) Nome: _____ | | CPF _____ | |
| E-mail do Vendedor(a): _____ | | Tel. Celular _____ | |
| Nome da Corretora _____ | | Cód. Corretora _____ | |

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

* Exclusivo para nascidos à partir de 01/10/2010.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Pág. 01/12



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

4. CONTRATAÇÃO DO PLANO

Atenção: Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada. Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

Opção Individual

| Assinale abaixo o plano pretendido | Planos | Código ANS | Abrangência Geográfica | Segmentação Assistencial | Padrão de Acomodação em Internação |
|------------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | BÁSICO AD | 481.482/18-7 | Grupo de Municípios | Ambulatorial + hospitalar com obstetria | Coletivo |
| <input type="checkbox"/> | PLENO ADE | 473.674/15-5 | | | Coletivo |
| <input type="checkbox"/> | PLENO ADA | 473.675/15-3 | | | individual |
| <input type="checkbox"/> | MASTER ADAR | 475.760/16-2 | | | individual |
| <input type="checkbox"/> | EXECUTIVO (Referência) | 428.611/99-1 | | | Coletivo |

Opção Familiar

| Assinale abaixo o plano pretendido | Planos | Código ANS | Abrangência Geográfica | Segmentação Assistencial | Padrão de Acomodação em Internação |
|------------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | BÁSICO AD | 481.482/18-7 | Grupo de Municípios | Ambulatorial + hospitalar com obstetria | Coletivo |
| <input type="checkbox"/> | PLENO ADE | 473.674/15-5 | | | Coletivo |
| <input type="checkbox"/> | PLENO ADA | 473.675/15-3 | | | individual |
| <input type="checkbox"/> | MASTER ADAR | 475.760/16-2 | | | individual |
| <input type="checkbox"/> | EXECUTIVO (Referência) | 428.611/99-1 | | | Coletivo |

5. RECIBO DE PAGAMENTO

ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 16 da página 9.

Valor total em R\$

6. FORMA DE COBRANÇA (Assinalar uma única opção de escolha)

Aceito receber no e-mail indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

Aceito receber via correio, no endereço indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

* Vencimento de acordo com a data de vigência, nos valores acordados.

** É imprescindível entrar em contato prévio com a Administradora, nos casos de alterações dos dados cadastrais desta proposta (endereço ou e-mail), sob pena do não recebimento correto dos boletos de cobranças mensais e as consequências decorrentes da inadimplência.

7. TAXA DE CORRETAGEM

A taxa de corretagem é obrigatória, corresponde a valor inferior e diferenciado de sua mensalidade, devendo ser quitada no ato da presente adesão através de uma única parcela, mediante recibo do seu corretor.

ATENÇÃO: A taxa de corretagem NÃO representa o pagamento da primeira mensalidade, bem como não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade.

Considerando os trâmites necessários para a implantação de sua adesão, a verificação da elegibilidade e dados de preenchimento da sua proposta, informamos que a data de início da vigência do seu contrato é / / , ou seja, data posterior ao pagamento desta taxa de corretagem.

8. DECLARAÇÃO

Local e Data _____

Beneficiário Titular ou Responsável Legal _____

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 1.

9. PLANO REFERÊNCIA

De acordo com a Lei nº 9.656, artigo 12, § 2º, que institui a disponibilidade pela Operadora do Plano Referência, pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicado, que me foi oferecido pela AMEPLAN ASSISTÊNCIA MÉDICA PLANEJADA LTDA, CNPJ nº 67.839.969/0001-21, com registro na ANS nº 39.473-4, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do plano definido no item "Contratação de Plano" constante nesta Proposta de Adesão.

10. PLANO ODONTOLÓGICO

Master (Nº do Registro - 407.807/99-1) Dentalpar - Assistência Odontológica Empresarial S/C Ltda, com registro na ANS nº 32.289-0.

O plano odontológico Master está incluído na contratação do plano de assistência médica.

Local e Data _____

Beneficiário Titular ou Responsável Legal _____

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Pág. 02/12



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 tem como missão defender o interesse público e 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 medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas 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 ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES 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 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 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 preexistentes 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 esta doença ou lesão.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 doenças 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, isto 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.

BENEFICIÁRIO

Local _____

Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____

Data _____

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

ATENÇÃO:

Perguntas a serem respondidas Sim (S) ou Não (N), de próprio punho pelo beneficiário titular, em seu nome e de seus dependentes.

Nome do Titular (Obrigatório nome completo)

Telefone(s):

| Item | Perguntas | Titular | Dependentes | | | |
|------|--|---------|-------------|--------|--------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Doenças do coração (infarto, insuficiência cardíaca, angina, arritmias, entre outras). | | | | | |
| 2 | Problemas circulatórios (pressão alta, varizes, trombose, aneurisma, e outros). | | | | | |
| 3 | Doenças neurológicas (derrames, aneurisma, dores de cabeça, desmaios, convulsões, epilepsia, entre outras) | | | | | |
| 4 | Problemas de rins (pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrites, nefrose, problemas na ureta, problemas com bexiga e outros) | | | | | |
| 5 | Doenças do pulmão (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, enfisema, e outras) | | | | | |
| 6 | Doenças dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo, entre outras) | | | | | |
| 7 | Doenças psiquiátricas (esquizofrenia, depressão, ansiedade, alcoolismo, dependência química - drogas, distúrbio bipolar, e outras) | | | | | |
| 8 | Doenças das glândulas (Hipo/Hipertireoidismo, diabetes, outros problemas hormonais, obesidade, entre outras) | | | | | |
| 9 | Doenças do aparelho digestivo (úlcera, gastrite, icterícia, colecistite, pedras na vesícula, cirrose, pancreatite, diarreia crônica, hemorróidas, hemorragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, colite, diverticulite, e outras). | | | | | |
| 10 | Problemas de hérnias de qualquer tipo (umbilical, diafragmática, inguinal, incisional, escrotal, recidivante, e outros) | | | | | |
| 11 | Doenças de sangue (anemia, leucemia, púrpura, linfoma, talassemias, e outras) | | | | | |
| 12 | Doenças reumatológicas (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lupus, entre outras) | | | | | |
| 13 | Problemas de ouvido, nariz e garganta (amigdalite, sinusite, desvio de septo, otite, adenóide, ronco, apnéia e outros) | | | | | |
| 14 | Doença de coluna (escoliose, cifose, lombalgia, hérnia de disco e outras) | | | | | |
| 15 | Doença de mamas (nódulos/caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia e outras) | | | | | |
| 16 | Doenças ginecológicas (cisto de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, problemas de períneo, bexiga caída, perda de urina aos esforços, entre outras) | | | | | |
| 17 | Doenças urológicas (fimose, testículos fora da bolsa, próstata, hidrocele, dificuldade para urinar, sangramentos na urina, e outras). | | | | | |
| 18 | Doenças nos olhos (catarata, glaucoma, deslocamento de retina, pterígeo, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia ou vista cansada, entre outras) | | | | | |
| 19 | Sofre de algum câncer ou tumor ? | | | | | |
| 20 | Doenças infectocontagiosas (chagas, malária, aids, hepatite, tuberculose, esquistossomose, sífilis, hanseníase, febre amarela e outras) | | | | | |
| 21 | Sofre de má formação congênita, deformidade ou anomalia cromossômica? | | | | | |
| 22 | Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (cicatrizes, quelóide, queimadura, trauma, envenenamento ou outras) | | | | | |
| 23 | Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima? | | | | | |
| | Informe: | Titular | Dep. 1 | Dep. 2 | Dep. 3 | Dep. 4 |
| 24 | Peso: | | | | | |
| 25 | Altura: | | | | | |



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “Operadora”, a AMEPLAN ASSISTÊNCIA PLANEJADA LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob nº 67.839.969/0001-21 e na ANS sob nº 39.473-4, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha «Entidade», que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

2. Tipo de Contratação: O Tipo de contratação é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura assistencial à saúde de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações profissionais legalmente constituídas.

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

A segmentação assistencial dos planos de saúde previstos neste contrato é de natureza ambulatorial e hospitalar com obstetria, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante no Manual de Orientação do Beneficiário.

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde

A área de abrangência geográfica dos planos de saúde regulados por este contrato constitui-se por municípios e grupos de municípios do Estado de São Paulo, a seguir:

Municípios de São Paulo, Caieiras, Diadema, Guarulhos, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Suzano.

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão e após a quitação do 1º boleto bancário.

6. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade e nos casos de empresas EPP (pequeno porte), microempreendedor individual (MEI), ou ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento, a comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta para a conferência, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

7. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 21 (vinte e um) anos completos de idade; A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

8. 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, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

9. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Cláusula 6. do Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada no quadro a seguir.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

| ITEM | COBERTURAS | PRAZO |
|------|---|----------|
| G0 | Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C incisos I e II, da Lei nº 9.656/98; | 24 horas |
| G1 | a) consultas médicas eletivas; b) exames realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, fezes, urina, radiologia simples (não contratada) e eletrocardiografia. | 30 dias |
| G2 | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) teste ergométrico, holter e ultrassonografias; c) eletroencefalograma; d) exames de citologia oncológica (papanicolau) colposcopia, e vulvoscopia; e) peniscopia. | 90 dias |
| G3 | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análise clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica. d) endoscopia diagnóstica e cirúrgica (em todas as especialidades) e; provas de função pulmonar, líquido. f) exames angiológicos de Doppler, fluxometria e investigação vascular ultrassônica, ecocardiografia; g) eletroencefalografia; h) densimetria óssea; i) exames radiológicos contrastados. j) fisioterapia. k) sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. l) exames e testes oftalmológicos, alergológicos e otorrinolaringológicos. | 120 dias |
| G4 | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos; b) internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de alta complexidade, conforme definido no Rol de Procedimentos de cobertura Obrigatória da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, exceto os relacionados a DPLE (Doenças e Lesões Preexistentes); c) Diálise e Hemodiálise; d) Hemoterapia; e) procedimentos relacionados a planejamento familiar. | 180 dias |
| G5 | Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo. | 300 dias |

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

10. Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão.

11. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados da **Operadora**, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada e conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão.

12. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da **ANS**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da **ANS**.

13. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na «Declaração de Saúde» que acompanha esta Proposta. Havendo na «Declaração de Saúde» a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela **Operadora** a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência individual, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade, a entrevista qualificada será solicitada pela Operadora.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta Proposta.

15. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), perante a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações destas coberturas, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

16. Reajuste (Conforme Cláusula 13 do Contrato Coletivo por Adesão), independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade, Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês ABRIL de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária; d) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (Cláusula 12.3 do Contrato Coletivo por Adesão), a variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber: **00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 0,00%, 24 a 28 anos: 60,00%, 29 a 33 anos: 0,00%, 34 a 38 anos: 20,00%, 39 a 43 anos: 0,00%, 44 a 48 anos: 39,00%, 49 a 53 anos: 0,00%, 54 a 58 anos: 41,40% e 59 anos ou +: 48,08%.**

18. Os contratos coletivos firmados entre a **Administradora** e as **Operadoras**, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, podendo ser renovados, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela **Administradora** ou pelas **Operadoras**. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a **Administradora** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

19. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; a não comprovação a cada ano quando solicitado pela sua operadora e/ou administradora de benefícios (através de e-mail, correspondência, ou qualquer outro meio legal existente), que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso de 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; e) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; f) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; g) falecimento do titular.

20. Os benefícios poderão ser cancelados: a) por minha solicitação expressa, como **beneficiário** titular, à **Administradora**; b) automaticamente, por falta de pagamento de 1(um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; c) pela perda da minha elegibilidade na **Entidade**; d) outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação.

21. No caso de cancelamento devolvarei imediatamente à **Administradora** o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) **beneficiário(s)** **dependente(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

22. O BENEFICIÁRIO afirma ter ciência que também será excluído do plano de saúde em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompletas ou omissões, como também na hipótese de utilização indevida do cartão de identificação, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar do seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da **ESTIPULANTE** e da **CONTRATADA**, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

23. Fica estabelecido que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da **CONTRATANTE**, caso haja atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

24. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da **AMEPLAN ASSISTÊNCIA PLANEJADA LTDA**, Operadora especializada em saúde, inscrita no CNPJ/MF sob nº 67.839.969/0001-21 - e na ANS sob o nº 39.473-4.

25. Devo encaminhar prontamente à **Administradora** e/ou à **Operadora**, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

26. Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora** no prazo máximo de 7(sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

27. O beneficiário titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998.

28. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

a) Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência. Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

b) Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

29. Verifique as Exclusões de Cobertura na Cláusula 4, no Contrato Coletivo por Adesão.

30. A Segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço **www.corporeadministradora.com.br**.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



FOLHA RETIFICADORA

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. DADOS DO TITULAR

| | | | | | | |
|---|------------------------------|--------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----|
| Nome Proponente Titular (sem abreviação) | | | | | | |
| Data de Nascimento | Idade | Sexo | CPF | Estado Civil | Cédula de Identidade / RG (nº/UF) | |
| Nome Completo da Mãe (sem abreviação) | | | | | | |
| Telefone Residencial () | Telefone para recados () | | Telefone Celular () | | Taxa Mensal (R\$) | |
| E-mail | | | | | | |
| Nº do Cartão Nacional de Saúde | | | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | | | |
| Nome do Responsável (Representante legal) | | | | | | |
| Endereço Residencial (Rua, Av, etc.) | | | | | | |
| Número | Complemento | Número | Bairro | Município | Estado | CEP |

2. DEPENDENTE(S)

| | | | | | | |
|---|----------------------|------|-----|-----------------------------------|--------------------------|-------------|
| 1 | Nome Completo: | | | | | Taxa Mensal |
| | Data de Nascimento | Sexo | CPF | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | Cartão Nacional de Saúde | |
| | Nome da Mãe Completo | | | | Est. Civil | Parentesco |
| 2 | Nome Completo: | | | | | Taxa Mensal |
| | Data de Nascimento | Sexo | CPF | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | Cartão Nacional de Saúde | |
| | Nome da Mãe Completo | | | | Est. Civil | Parentesco |
| 3 | Nome Completo: | | | | | Taxa Mensal |
| | Data de Nascimento | Sexo | CPF | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | Cartão Nacional de Saúde | |
| | Nome da Mãe Completo | | | | Est. Civil | Parentesco |
| 4 | Nome Completo: | | | | | Taxa Mensal |
| | Data de Nascimento | Sexo | CPF | Nº da Declaração de Nascido Vivo* | Cartão Nacional de Saúde | |
| | Nome da Mãe Completo | | | | Est. Civil | Parentesco |

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):
1- Solt. | 2- Cas. | 3- Sep. Jud. | 4- Divorc. | 5- Viúvo

Códigos para indicação de Grau de Parentesco (parente):
1- Cônj. | 2- Filho | 3- Pais | 4- Comp. | 5- Tut.

*Para nascidos a partir de 01/10/10

| Taxa de inscrição (R\$) | Total da mensalidade (R\$) (Mensalidade do titular + dependentes) | Total da proposta (R\$) |
|-------------------------|---|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Local e Data

Ass. do Proponente - Tit. Responsável



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na(s) página(s) 01 desta Proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão(ões) de identificação(ões) do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores referenciados (disponíveis no site: www.ameplansaude.com.br) são de responsabilidade da Operadora.

O Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, estão disponíveis no site da administradora: www.corporeadministradora.com.br. Os mesmos também poderão ser solicitados por meio físico ou eletrônico.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



Prezado(a) Beneficiário(a)

A nossa missão é oferecer, sempre, o melhor atendimento a sua saúde e de sua família. Para isso, somos parceiros de algumas das empresas mais conceituadas e qualificadas do setor assistencial.

Use bem para usar sempre!

Sempre pensando em oferecer o melhor a você, a Corpore preparou um checklist para te ajudar a “usar bem para usar sempre”!



Assuntos referentes a Administradora Corpore

Sobre os pagamentos:

Os boletos somente serão emitidos pelos bancos:



dentro do vencimento. Após a data, a 2ª via, COM OS VALORES CORRIGIDOS, deverá ser atualizada junto ao banco emissor.

Caso não receba os boletos, sugerimos verificar:

- Tipo de conta bancária (DDA)
- Atualização de cadastro

Estamos à disposição para quaisquer informações.

corporeadministradora.com.br

Informe de rendimentos

Inclusão de dependentes

Emissão de carteirinhas (mesmo antes de receber a carteirinha no endereço cadastrado, você receberá a numeração, via e-mail, facilitando a utilização imediata dos serviços contratados conforme carências contratuais)

Esclarecimentos sobre detalhes do seu contrato de adesão ao plano

Data de vencimento dos boletos

Informações sobre pagamento de mensalidades

Tempo de carências

Informações sobre rescisão do plano

Dúvidas sobre reajustes

Lembre-se: O seu plano coletivo por adesão inicia a partir da data de vigência do contrato, localizado na primeira página do documento, caso esteja em branco, entre em contato e verifique também junto ao seu consultor

0800 771 4799 ou 11 2124 1888.

Assuntos referentes a Operadora Ameplan



Agendamento de consultas e acompanhamento médico



Guias e autorizações de exames médicos



Rede credenciada



Marcação de consultas



Rede Médica On-line

Para comodidade e agilidade consulte o guia médico com a sua rede credenciada no site da Ameplan
www.ameplansaude.com.br



Beneficiário da operadora de saúde Ameplan, acesse:

www.ameplansaude.com.br

11 2766 1800 (SAC)