

amil TERMO DE CIÊNCIA E DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

92128232

Forma de pagamento:

Boleto Bancário

Data de início de vigência do contrato (data da confirmação do pagamento da primeira mensalidade)

CPF DO PRODUTOR 36203033715	NOME DO PRODUTOR ALIENIR CARNEIRO LABARDA	TELEFONE DO PRODUTOR (21) 98285-7917	
CÓD PRODUTOR CNPJ 150576	NOME DO PRODUTOR CNPJ AGECOR1 VENDAS DE PLANOS DE SAUDE E ODONTOLOGICOS LTDA	CÓD. DO GERENTE/SUPERVISOR 43711839720	NOME DO GERENTE/SUPERVISOR FELISBERTO LABARBA

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PME118-4, DORAVANTE DENOMINADO "CONTRATO", CELEBRADO ENTRE ASSOCIACAO NACIONAL DE DESPORTOS PARA DEFICIENTES, COMO CONTRATANTE, E AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, COMO CONTRATADA.

1. Considerações Preliminares

Considerando:

- I. A atuação do corretor identificado na Proposta Contratual na intermediação do CONTRATO;
- II. As negociações efetuadas entre CONTRATANTE e CONTRATADA;

2. Termo de Declaração e Ciência

I. O corretor declara sob às penas da Lei, que as informações aqui prestadas constituem a expressão da verdade, assumindo responsabilidade pela veracidade dos dados aqui informados;

II. Declara que cumpriu com seu dever de correção e clareza na orientação do CONTRATANTE quanto ao correto preenchimento da Proposta Contratual e demais formulários de venda;

III. Declara ainda que entregou para o CONTRATANTE uma cópia em meio físico ou digital das Condições Gerais do Contrato e do MPS (Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde).

IV. O corretor tem ciência que caso as informações fornecidas sejam caracterizadas como incorretas ou inverídicas, hipóteses essas reconhecidas como violação direta ao princípio da boa fé-objetiva, será co-responsável pelas perdas e danos que venha a causar à CONTRATADA e/ou CONTRATANTE.

RESUMO DE VALORES

PRODUTO	NUM BENEF.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PLANO MÉDICO	15		8.931,69
AMIL APOIO 360 FULL PLUS (TELEFÔNICO + PRESENCIAL + GESTANTE)	0	9,36	0,00
AMIL RESGATE SAÚDE	0	24,90	0,00

TAXAS DE IMPLANTAÇÃO

PRODUTO	VALOR
TAXA DO PLANO MÉDICO	0,00
TAXA DO PLANO ODONTOLÓGICO	0,00
VALOR TOTAL DAS TAXAS	0,00
VALOR TOTAL GERAL	8.931,69

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Alienir Carneiro Labarba

Nome e Assinatura do Corretor

ANS - nº 326305

amil**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998**92128232****TERMO DE CIÊNCIA E ACEITE ÀS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR**

Através do presente termo de aceite, a **CONTRATANTE** (ASSOCIACAO NACIONAL DE DESPORTOS PARA DEFICIENTES) já qualificada na Proposta Contratual nº 92128232, neste ato representada na forma de seu atos constitutivos, declara que teve acesso à cópia integral das condições gerais do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica PME118-4, doravante denominado "**CONTRATO**", tendo conhecimento de todas as cláusulas do **CONTRATO** e manifestando estar de pleno acordo, sem reservas, com a totalidade das disposições, direitos e obrigações ali contidos.

Por fim, ratifica estar ciente de sua obrigação em dar ciência dos termos das condições gerais do contrato de cobertura de assistência médica e hospitalar pessoa jurídica PME118-4 aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no **CONTRATO**.

- I. Não efetue nenhum pagamento agora, a Amil enviará um boleto para o seu e-mail informado nesta proposta;
II. A data de pagamento deste boleto será a data de vigência do seu contrato e o dia do vencimento das demais parcelas do contrato;
III. Confira sempre se o remetente do boleto é AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

Amil Assistência Médica Internacional S.A.

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - Nº 326305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52

amil**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998**92128232**

Matriz São Paulo - Rua Arq. Olavo Redig de Campos, 105, 6º ao 21º Andar, Torre B, EZ Towers, Vila Francisco, CEP 04711-904 - 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 Getúlio 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

CÓD DO PRODUTOR CNPJ 150576	NOME DO PRODUTOR CNPJ AGECOR1 VENDAS DE PLANOS DE SAUDE E ODONTOLOGICOS LTDA	CÓD. DO GERENTE/SUPERVISOR 43711839720	NOME DO GERENTE/SUPERVISOR FELISBERTO LABARBA
CPF DO PRODUTOR 36203033715	NOME DO PRODUTOR ALIENIR CARNEIRO LABARDA	TELEFONE DO PRODUTOR (21) 98285-7917	
PRODUTO MÉDICO E/OU PRODUTO ODONTOLÓGICO MÉDICO	PORTE I (de 2 a 29 Beneficiarios) / PORTE II (de 30 a 99 Beneficiarios) PME Porte I		

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

CNPJ 29.992.716/0001-02	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO NACIONAL DE DESPORTOS PARA DEFICIENTES			
CONTATO			
NOME MARIANA PICULLI	CARGO DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA	TELEFONE (21) 96771-9966	E-MAIL MARIANA@ANDE.ORG.BR

ENDEREÇO (CNPJ)

CEP 22790-250	LOGRADOURO RUA ANTONIO BAPTISTA BITTENCOURT	NÚMERO 17	COMPLEMENTO SALA 201
BAIRRO RECREIO DOS BANDEIRANTES	MUNICIPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ	
TELEFONE (CNPJ) (21) 96771-9966	TELEFONE (COBRANÇA)	TELEFONE (CELULAR)	

ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA)

CEP 22790-250	LOGRADOURO RUA ANTONIO BAPTISTA BITTENCOURT	NÚMERO 17	COMPLEMENTO SALA 201
BAIRRO RECREIO DOS BANDEIRANTES	MUNICIPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ	
TELEFONE (CNPJ) (21) 96771-9966	TELEFONE (COBRANÇA)	TELEFONE (CELULAR)	

*Todos os dados são de preenchimento obrigatório. Incluindo e-mail e inscrição municipal.

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - 19.326305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52

amil**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

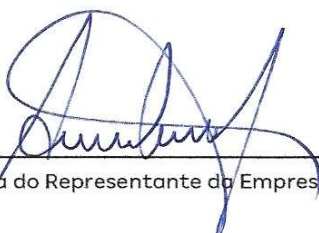
Lei nº 9.656,
de 3/6/1998**92128232**

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTENCIA MÉDICA		
REFERÊNCIA ANS 466032113		
SEGMENTAÇÃO:	REFERÊNCIA (AMB + HOSP COM OBSTETRÍCIA)	
ACOMODAÇÃO:	QUARTO COLETIVO	
ABRANGÊNCIA:	NACIONAL	
REEMBOLSO:	NÃO	
FAIXA ETÁRIA	QUANT.	VALOR
00 a 18		
19 a 23		
24 a 28		
29 a 33		
34 a 38		
39 a 43		
44 a 48		
49 a 53		
54 a 58		
> 59		

**DECLARO HAVER RECUSADO
A OFERTA DO PLANO REFERENCIA.**

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA


Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - nº 326305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52



**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**

Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

92128232

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
SEM CO-PART

AMIL 700 QP NACIONAL R/PJCE
472841146

SEGMENTAÇÃO: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia

ACOMODAÇÃO: QUARTO PRIVATIVO

ABRANGÊNCIA: NACIONAL

REEMBOLSO: SIM

FAIXA ETÁRIA	QUANT	VALOR
até 18 anos	5	306,23
de 19 até 23 anos	0	382,79
de 24 até 28 anos	0	478,49
de 29 até 33 anos	3	526,34
de 34 até 38 anos	2	552,66
de 39 até 43 anos	1	607,93
de 44 até 48 anos	3	759,91
de 49 até 53 anos	0	835,90
de 54 até 58 anos	0	1.044,88
mais de 59 anos	1	1.828,54

GRUPO DE PROCEDIMENTOS (REEMBOLSO)	URA
Atendimento De Urgência Em Pronto-Socorro	1.40
Consultas	1.40
Exames Básicos De Apoio Diagnóstico E Tratamento	0.32
Exames Especiais De Apoio Diagnóstico E Tratamento	0.32
Honorários Médicos De Internação	0.53
Honorários Médicos De Internação Clínica	1.40
Procedimentos Básicos De Apoio Diagnóstico E	0.32
Procedimentos Especiais De Apoio Diagnóstico E	0.32

Atenção: Caso o produto contratado seja coparticipado, por favor, verificar os valores de coparticipação na Tabela de Vendas vigente no ato da contratação.

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - Nº 326305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52



**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**

Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

92128232

Tipo de contratação:

Adesão

Prazo de Permanência:

12 meses de Vigência Mínima

RESUMO DE VALORES

PRODUTOS E ADITIVOS

PRODUTOS	NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
PLANO MÉDICO	15		8.931,69
AMIL APOIO 360 FULL PLUS (TELEFÔNICO + PRESENCIAL + GESTANTE)	0	9,36	0,00
AMIL RESGATE SAÚDE	0	24,90	0,00

TAXAS DE IMPLANTAÇÃO

TAXA DO PLANO MÉDICO	0,00
TAXA DO PLANO ODONTOLÓGICO	0,00
VALOR TOTAL DAS TAXAS	0,00

VALOR TOTAL

VALOR TOTAL GERAL (PRODUTOS + TAXAS)	8.931,69
---	-----------------

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

- Tenho ciência que o acesso à rede médica do meu contrato será disponibilizado através do site e aplicativo Amil.
- Desejo receber as futuras cobranças através de meio digital.

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - nº 326305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:42

amil**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

92128232

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Amil

Declaro para todos os fins e efeitos que: 1 tenho ciência de que este documento se trata apenas de uma proposta contratual, que passará por avaliação comercial do escopo da contratação. A presente proposta não configura, em nenhuma hipótese, o início da cobertura assistencial dos **BENEFICIÁRIOS**, tampouco representa ou substitui os termos constantes de um futuro contrato a ser firmado entre a **AMIL** e a **CONTRATANTE**, no caso de aprovação pela Operadora; 2 Uma vez aprovada a proposta na avaliação comercial, declaro que tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à Amil estabelecer as condições de reduções desses prazos; 3 tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não altera as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato; 4 assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; 5 tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a Amil poderá não aceitá-lo, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação; 6 tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano Amil Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta; 7 estou ciente de que, independentemente dos reajustes previstos no contrato **PME118-4**, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração dos portes da empresa, que são: Porte I, de 2 a 29 beneficiários; Porte II, de 30 a 99 beneficiários; 8 tenho ciência dos valores de coparticipação/franquia constantes na Tabela de Vendas vigente; 9 tenho ciência de que será de responsabilidade da contratante entregar ao beneficiário titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); 10 estou ciente de que será de responsabilidade da Amil o envio ao beneficiário titular do Guia de Leitura Contratual (GLC), junto com o cartão de identificação; 11 estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 dias após a data de início de vigência do contrato; 12 **estou ciente de que o início da vigência do contrato dar-se-á com a confirmação de pagamento da primeira contraprestação pecuniária mensal (mensalidade)**. 13 Estou ciente de que as Partes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que, até esse momento, não seja feito pela **CONTRATANTE** nenhum pagamento à Operadora. Dessa forma, concordo que este contrato está condicionado ao aceite expresso por parte da **AMIL**, após avaliação comercial do escopo da contratação, **realizada antes da efetivação do pagamento**. Ademais, concordo que a **AMIL** realizará a avaliação comercial em até 05 dias úteis da entrega de toda a documentação exigida para contratação em conjunto com a assinatura desta proposta contratual de Saúde.

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Portabilidade

Declaro, como representante da empresa Contratante, estar ciente que: 1 A Proposta Contratual tem caráter provisório e que, caso não sejam atendidos os requisitos de portabilidade previstos na Resolução Normativa nº 438, a solicitação de portabilidade poderá ser recusada pela **AMIL**; 2 A **AMIL** tem prazo de até 10 (dez) dias para analisar os requisitos referentes a portabilidade; 3 A portabilidade de carência deverá ser exercida individualmente por cada beneficiário indicado na proposta comercial.

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

1 Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do(s) Aditivo(s) 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. 2 Estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 dias após a data de início de vigência do contrato. 3 Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Dental

1 Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do Plano Dental especificado na presente Proposta, seus aditivos e anexos, e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos, condições de pagamento e elegibilidade, disponíveis no site www.amil.com.br. 2 As declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e de minha responsabilidade. 3 Estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 dias após a data de início de vigência do contrato. 4 Concordo com os valores mensais, conforme a Tabela de Preços vigente e o número de beneficiários cadastrados na Proposta Contratual, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

Amil Assistência Médica Internacional S.A.

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - Nº 526305

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52



**PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99
BENEFICIÁRIOS**

Contrato nº
PME118-4

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

92128232

Beneficiários em Proposta

Proposta : 92128232

Tipo Produto : Médico

Nome Beneficiário	Plano	PRC	Nasc.	Preço	Aditivos	Total
ALICE DECHEN GARCIA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	29/05/2006	306,23	0	306,23
ANA CRISTINA CORREA MAGALHAES GOMES	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	15/03/1979	607,93	0	607,93
ARTUR CRUZ GOMES	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	30/10/1970	759,91	0	759,91
CAROLINA GUIMARAES FERRAZ SILVA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	24/07/1989	526,34	0	526,34
CLAUDIO FERREIRA GARCIA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	22/01/1973	759,91	0	759,91
EMANUELLE MARTINS GUILHERME	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	08/06/1989	526,34	0	526,34
JOAO PINTO CRUZ GOMES	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	15/06/2003	306,23	0	306,23
LEONARDO TOLEDO JOSGRILBERG	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	29/10/1974	759,91	0	759,91
LIGIA MARIA DECHEN	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	17/12/1980	552,66	0	552,66
MARIANA PICULLI	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	02/07/1990	526,34	0	526,34
NATAN PINTO CRUZ GOMES	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	15/06/2003	306,23	0	306,23
NILTON GOMES DA SILVA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	1	17/04/1956	1.828,54	0	1.828,54
RODRIGO DECHEN GARCIA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	11/10/2011	306,23	0	306,23
SAMUEL MAGALHAES CRUZ GOMES	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	25/07/2014	306,23	0	306,23
VITOR DO NASCIMENTO PEREIRA	AMIL 700 QP NACIONAL R PJCE	398	01/06/1981	552,66	0	552,66
Total Geral :						8.931,69

RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

LOCAL E DATA

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

ANS - 19 326303

Proposta Contratual gerada em 27/09/2019 às 09:33:52

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários da **CONTRATANTE** inscritos na Proposta Contratual, 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 dos beneficiários da **CONTRATANTE** 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 os beneficiários da **CONTRATANTE**, inscritos na Proposta Contratual, observados os planos escolhidos e as faixas etárias, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas vigentes (disponíveis no site amil.com.br)** e após aprovação dos documentos que comprovem o preenchimento dos requisitos para obtenção da redução das carências previstas no presente instrumento.

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Aprovada pela **CONTRATADA** os documentos apresentados pela **CONTRATANTE** para implantação do benefício deste aditivo, os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, serão reduzidos 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 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0

Rubrica

1ª via: Amil; 2ª via: contratante.

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Tratamento hiperbárico;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
n) Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência – trabalho de parto a termo.	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Vigência da CPT – Cobertura Parcial Temporária – para Doenças Preexistentes	CPT Padrão	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos à 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 – RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
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.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

- PRC 413 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses no plano de origem.
- PRC 129 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Válido para empresas de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 398 - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários e de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Listagem de congêneres disponível no site amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência de que este termo aditivo somente terá validade e efeito após aprovação por parte da Amil de toda a documentação comprobatória apresentada pela CONTRATANTE. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão os termos e condições previstos no contrato principal.

Local e data: RIO DE JANEIRO, 27/09/2019

Nº da proposta contratual: 92128232

Nome do titular/responsável: ARTUR CRUZ GOMES

CPF: 002.217.217-73

Nome do corretor: ALLENIR CARNEIRO LABARBA Código: _____

CPF: 362.030.337-15

Assinatura Amil

Allenir Carneiro Labarba
Assinatura do corretor

[Assinatura]
Assinatura do responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante.