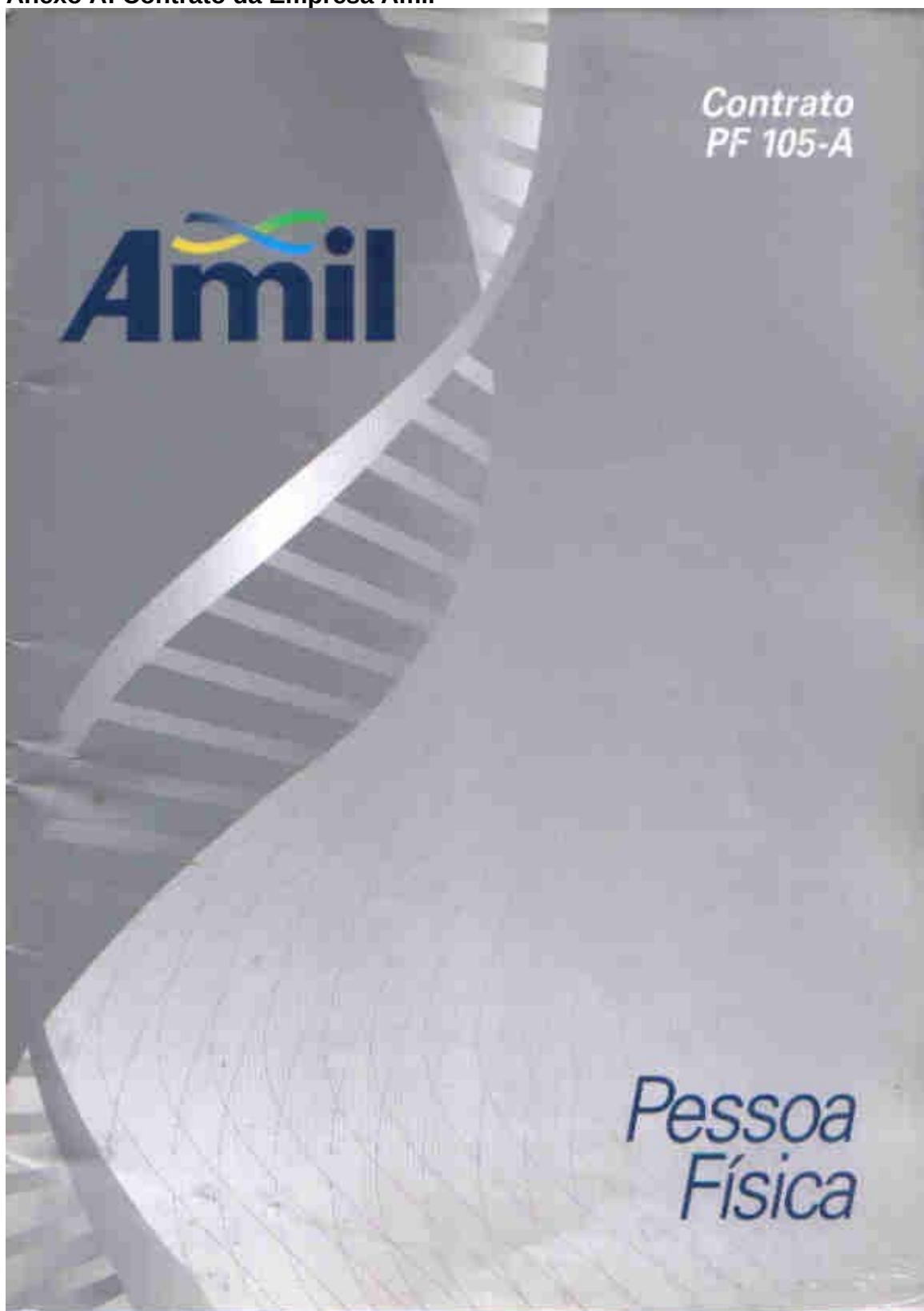


Anexo A: Contrato da Empresa Amil

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

139745 1

6

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1 - Aplicam-se ao aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

6.2 - Extinto o aditivo e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

6.3 - O presente aditivo somente poderá ser assinado no Brasil - e por residente no Brasil - sob pena de nulidade do ato. Fica certo ainda que o aditivo estará automaticamente extinto nas hipóteses previstas no Item 1.4.

6.4 - Toda e qualquer discussão acerca do presente aditivo, ou decorrente deste, será dirimida pela Justiça brasileira, utilizando-se a legislação brasileira. Elegem as partes o foro da cidade de domicílio do CONTRATANTE no Brasil para dirimir todas as questões.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

2.3 - Não há previsão de reembolso no aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR; ou seja, caso o beneficiário busque médicos, serviços ou hospitais não integrantes da rede AMIL no exterior, não terá ele direito nem à cobertura nem a reembolso algum, **ainda que o contrato principal seja um plano com reembolso.**

2.4 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3 DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeiro ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de um prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo; ou seja, os eventos cobertos pelo presente aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR somente terão cobertura de 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4 DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - As inclusões no aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR compreendem obrigatoriamente o titular e todos os seus dependentes.

4.2 - O preço do aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal. Entretanto, os valores referentes a esse aditivo serão reajustados **com base na variação dos custos ocorridos em moeda nacional dos atendimentos realizados no exterior.**

5 DA SUB-ROGAÇÃO

5.1 - Nos casos em que a AMIL vier a cobrir custos de beneficiários do aditivo AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR, decorrentes de acidentes causados ou não por terceiros, fica a AMIL autorizada a buscar obter do terceiro causador do dano, ou de empresas seguradoras do beneficiário, no Brasil ou no exterior, o reembolso das despesas médicas que vier a pagar.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

1 ► OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura limitada dos custos de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, em casos de urgência e/ou emergência, prestada no exterior aos beneficiários da AMIL em viagem de turismo, negócio ou estudo, viagem esta com duração inferior a 24 meses (*alguns exemplos: tem direito à cobertura o brasileiro que viaja com visto de estudante durante 24 meses, estando válido o visto e sendo atendido na rede credenciada*).

1.2 - A cobertura somente se dará em rede credenciada. A rede credenciada AMIL no exterior está disponível no site www.amil.com.br.

1.3 - Os beneficiários devem ser obrigatoriamente residentes no Brasil e estar devidamente inscritos no presente aditivo.

1.4 - Para fins deste contrato, considera-se que o beneficiário deixou de residir no Brasil, perdendo, portanto, direito à cobertura, caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) o beneficiário estiver no exterior por mais de 24 meses consecutivos; (b) o beneficiário estiver no exterior de forma legal (sem a competente visto ou autorização, por exemplo); (c) caso o beneficiário tenha ingressado no país estrangeiro com qualquer outro visto ou autorização diferente do visto de estudante, negócio ou turismo; (d) caso o beneficiário venha a ser considerado residente em um outro país por força da legislação local, devido aos fatos da sua permanência ou de seus dependentes.

2 ► DOS LIMITES E DAS CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - A cobertura está limitada ao valor de US\$ 20.000 (vinte mil dólares americanos) para cada beneficiário a cada viagem. Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo as despesas realizadas em rede credenciada e relativas ao: (a) atendimento médico de urgência e/ou emergência, hospitalar e extra-hospitalar; e (b) às internações de urgência e/ou emergência, e desde que não estejam incluídas em qualquer uma das hipóteses do item 2.2.

2.2 - O beneficiário não terá direito a nenhuma cobertura ou reembolso caso ocorra qualquer uma das seguintes hipóteses: (a) nas hipóteses de exclusão contratual previstas no contrato principal; (b) caso não seja atendimento de urgência e/ou emergência; (c) caso o beneficiário tenha deixado de residir no Brasil; (d) caso o beneficiário venha a ser considerado residente em um outro país por força da legislação local, devido aos fatos da sua permanência ou de seus dependentes; (e) caso o atendimento seja realizado por médicos, serviços ou hospitais não integrantes da rede AMIL no exterior; ou (f) nas hipóteses da já mencionado item 1.4.

ADITIVO **Amil**
URGÊNCIAS EM
VIAGENS AO EXTERIOR

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A**5****DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

5.1 - Aplicam-se ao aditivo AMIL MEDICAMENTOS todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

5.2 - Extinta o aditivo AMIL MEDICAMENTOS e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

das seguintes hipóteses: (a) caso a aquisição seja em farmácia ou drogaria não integrante de rede credenciada; (b) caso o medicamento adquirido não conste da Listagem AMIL de Medicamentos vigente na data da compra do medicamento; (c) caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário; (d) caso, no ato da compra, o beneficiário não apresente o cartão de identificação da AMIL e a receita médica, com identificação do médico pela sua assinatura e carimbo, com seu registro no Conselho Regional de Medicina.

2.2.1 - Caso o medicamento não seja para uso próprio e exclusivo do beneficiário, ficará caracterizada a fraude, ocorrendo a extinção imediata do aditivo e do contrato principal (com todos os outros aditivos porventura existentes), e isso sem prejuízo das ações cíveis e criminais que se mostrarem convenientes.

2.3 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3 DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL MEDICAMENTOS terá vigência por prazo indeterminado a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal, das duas hipóteses, a que primeiro ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de um prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo; ou seja, os eventos cobertos pelo presente aditivo AMIL MEDICAMENTOS somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4 DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - No aditivo AMIL MEDICAMENTOS, deverão ser incluídos, obrigatoriamente, todos os beneficiários já incluídos no contrato principal, do qual este aditivo é acessório. É obrigatória a permanência de todo o grupo inscrito como condição essencial para a continuidade da vigência deste aditivo.

4.2 - O preço do aditivo AMIL MEDICAMENTOS para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal. Entretanto, os valores referentes a este aditivo serão reajustados com base na variação ponderada dos preços dos medicamentos incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos no período considerado.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

1

OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura dos custos no Brasil, **parcial e limitada**, de medicamentos incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos, adquiridos por beneficiários devidamente inscritos no presente aditivo em farmácias ou drogarias credenciadas da AMIL (a Listagem AMIL de Medicamentos em vigência é entregue neste ato, além de estar disponível no site da AMIL, www.amil.com.br, juntamente com a listagem das farmácias ou drogarias da rede Farmalife credenciadas).

1.1.1 - A Listagem AMIL de Medicamentos poderá ser modificada pela AMIL, ao longo da vigência deste aditivo, para incluir, substituir ou excluir medicamentos de marca ou genéricos.

2

DOS LIMITES E DAS CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo (parcial e limitada) as despesas relativas à aquisição de: (a) medicamentos constantes da Listagem AMIL de Medicamentos; (b) para uso próprio e exclusivo do beneficiário; e (c) desde que adquiridos em farmácias ou drogarias integrantes da rede credenciada.

2.1.1 - A cobertura é PARCIAL E LIMITADA: assim, é PARCIAL uma vez que a AMIL cobrirá 35% (trinta e cinco por cento) do valor dos medicamentos de marca, incluídos na Listagem AMIL de Medicamentos e 50% (cinquenta por cento) do valor dos medicamentos genéricos relacionados aos medicamentos de marca, constantes da Listagem AMIL de Medicamentos. Além disso, essa cobertura é limitada, ou seja, somente haverá cobertura para até 3 (três) unidades por medicamento por receita/mês, desde que essa quantidade não ultrapasse a dose necessária para 30 dias de tratamento; por exemplo, para um medicamento em que a dose é 1 comprimido por dia e a embalagem contém 30 comprimidos, somente será autorizada a venda de 1 caixa por mês.

2.1.2 - Não haverá, de nenhum modo, cobertura em valores diferentes ou superiores aos percentuais indicados no item 2.1.1.

2.1.3 - Somente no caso de medicamentos de uso contínuo é que a mesma receita será válida para aquisição, por até três meses, a contar da data da emissão da receita. Nos demais casos, haverá a necessidade de nova receita.

2.2 - O beneficiário não terá direito a reembolso algum no presente aditivo. Além disso, o beneficiário não terá direito a cobertura alguma caso ocorra qualquer uma

ADITIVO **Amil**
MEDICAMENTOS

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

condições de pouso e voo e das regras e instruções estabelecidas pelo DAC - Departamento de Aviação Civil - do Ministério da Aeronáutica, para tráfego aéreo e pouso de cada tipo de aeronave.

2.6 - O presente aditivo AMIL RESGATE SAÚDE não cobre custo algum ou despesa com acompanhantes do beneficiário resgatado, nem as despesas relativas ao retorno do beneficiário ao local do início do resgate.

2.7 - As cláusulas anteriormente indicadas são essenciais neste aditivo de contrato.

3 DO INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA - CARÊNCIA

3.1 - O aditivo AMIL RESGATE SAÚDE terá vigência por prazo indeterminado, a contar da sua assinatura, permanecendo vigente até que ele seja extinto por manifestação de qualquer das partes, com prévio aviso de 60 (sessenta) dias de antecedência, ou até que seja extinto o contrato principal; das duas hipóteses, a que primeiro ocorrer.

3.2 - Fica certo, entretanto, que as coberturas previstas no presente aditivo estão sujeitas ao cumprimento de um prazo de carência de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura do aditivo; ou seja, os eventos cobertos pelo presente aditivo AMIL RESGATE SAÚDE somente terão cobertura 30 (trinta) dias após a data da assinatura.

4 DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E DO PREÇO

4.1 - As inclusões no aditivo AMIL RESGATE SAÚDE compreendem obrigatoriamente o titular e todos os seus dependentes.

4.2 - O preço do aditivo AMIL RESGATE SAÚDE para cada beneficiário será o vigente na Tabela AMIL na data da opção.

4.3 - Os reajustes deste aditivo serão realizados nas mesmas datas do contrato principal.

5 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 - Aplicam-se ao aditivo AMIL RESGATE SAÚDE todas as disposições do contrato principal que não sejam com ele (aditivo) incompatíveis.

5.2 - Extinto o aditivo AMIL RESGATE SAÚDE, e permanecendo em vigência o contrato principal, voltam a prevalecer todas as cláusulas e condições do contrato principal.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

2.4 - É uma das condições essenciais para a cobertura dos custos prevista neste aditivo AMIL RESGATE SAÚDE que o estado do beneficiário seja grave e que esse estado decorra de qualquer uma das seguintes condições médicas de urgência e/ou emergência:

- 1 - Infarto agudo do miocárdio com necessidade de cirurgia de revascularização de urgência ou choque cardiogênico refratário ou arritmia ameaçadora de vida;
- 2 - Infarto agudo do miocárdio com dor mantida e indicação de angioplastia de urgência;
- 3 - Aneurisma dissecante de aorta em fase aguda;
- 4 - Estado de mal convulsivo em crianças;
- 5 - Politraumatismo;
- 6 - Trauma cranioencefálico;
- 7 - Traumatismo raquimedular na fase aguda inicial;
- 8 - Traumatismo de face com distúrbio de ventilação;
- 9 - Traumatismo de face com lesão do globo ocular;
- 10 - Trauma torácico;
- 11 - Traumatismo de grandes vasos sanguíneos;
- 12 - Traumatismo abdominal;
- 13 - Traumatismo extenso de partes moles;
- 14 - Amputação traumática com possibilidade de reimplante;
- 15 - Choque traumático;
- 16 - Grandes queimaduras;
- 17 - Acidentes com eletricidade, com acometimento sistêmico;
- 18 - Asfixia por imersão (afogamento);
- 19 - Intoxicações exógenas involuntárias;
- 20 - Picada de animais peçonhentos.

2.5 - Assim, para haver a cobertura, é necessário que ocorram, ao mesmo tempo, todas as hipóteses seguintes: (a) a remoção deverá ser entre hospitais localizados no Brasil (assim, não serão cobertas, entre outras, as despesas com remoção que tenha como ponto de partida ou chegada uma residência ou escritório ou logradouro público, por exemplo); (b) o beneficiário tem que estar em estado grave no entender médico (se o estado não for grave, não haverá cobertura); (c) deve haver autorização médica para o resgate (assim, sendo a remoção um ato médico, se o médico resgatador e o médico do hospital de origem não concordarem com a remoção, essa não poderá ser realizada); (d) a razão da internação deve ser qualquer uma das patologias previstas no item 2.4 (se for patologia diversa, também não haverá cobertura); (e) a cobertura deverá ser realizada por serviços credenciados da AMIL (assim, em nenhuma hipótese, haverá ressarcimento para os procedimentos de resgate realizados por terceiros não-credenciados); (f) a cobertura deverá ser previamente solicitada à AMIL e realizada por aeronaves e ambulâncias integrantes da rede credenciada AMIL; e (g) o uso de ambulância, helicóptero ou avião a jato de pequeno porte dependerá da distância, das

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

1 ► OBJETO

1.1 - O presente aditivo tem por objetivo regular a cobertura dos custos, no Brasil, de despesas relativas ao resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de beneficiários incluídos no Aditivo AMIL RESGATE SAÚDE. Não haverá nenhuma cobertura ou reembolso de despesas no exterior.

1.2 - Para fins deste contrato, o resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre é o traslado de hospital para hospital no Brasil, realizado por serviços credenciados da AMIL, através da combinação de transporte por ambulância e/ou helicóptero e/ou avião, de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4. **Veja que, se o hospital para o qual tenha sido transferido o paciente não for um hospital sujeito à cobertura ou ao reembolso pela AMIL - em razão do plano do paciente -, o paciente será o único responsável pelos custos no referido hospital.**

2 ► DOS LIMITES E DAS CONDIÇÕES DA COBERTURA

2.1 - O aditivo AMIL RESGATE SAÚDE não cobre despesa alguma relativa à internação hospitalar ou ao atendimento médico diverso do resgate. Assim, as despesas com internação hospitalar e demais despesas médicas, seja no hospital de origem, seja no hospital de destino, somente serão cobertas pela AMIL se o beneficiário tiver direito nos termos do contrato principal, do qual este aditivo é acessório.

2.2 - Somente terão cobertura de custos pelo presente aditivo as despesas relativas ao resgate terrestre, aéreo ou aeroterrestre de um hospital qualquer no Brasil para um hospital qualquer no Brasil, realizado por serviços credenciados da AMIL, através da combinação de transporte por ambulância e/ou helicóptero e/ou avião (na forma do previsto no item 2.3) de paciente em estado grave, que apresente qualquer uma das condições patológicas descritas no item 2.4.

2.3 - Fica certo desde logo que: (a) dentro de um raio máximo de 300 km (trezentos quilômetros) a partir das bases do helicóptero resgatador, o resgate dar-se-á por helicóptero (resgate aéreo) ou por ambulância (resgate terrestre) ou por helicóptero e ambulância (resgate aeroterrestre); (b) para distâncias superiores a 300 km (trezentos quilômetros) das bases do helicóptero resgatador - sempre limitado ao território nacional -, o resgate será realizado por avião (resgate aéreo), desde que a cidade em que se encontre o beneficiário e a cidade em que se encontre o hospital de destino disponham de aeroporto autorizado pelo DAC - Departamento de Aviação Civil - para receber o pouso de aeronave a jato de pequeno porte.

As bases dos helicópteros estão localizadas nas cidades do Rio de Janeiro (Estado do Rio de Janeiro) e de São Paulo (Estado de São Paulo).



ADITIVO **Amil**
RESGATE SAÚDE

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

16 ► CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

16.1 - O direito de credenciamento e descredenciamento de qualquer prestador de serviços é de competência exclusiva da AMIL. Em caso de descredenciamento, a AMIL providenciará alternativas para a continuidade do atendimento, bem como sua comunicação.

16.2 - As divergências de natureza médica sobre o atendimento previsto no contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada, serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo TITULAR/RESPONSÁVEL, outro pela AMIL e um terceiro, desempassador, contratado pelos dois nomeados.

16.2.1 - Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempassador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da AMIL.

16.2.2 - A remuneração do médico desempassador é de responsabilidade da AMIL.

16.3 - Não é admitida a presunção de que a AMIL ou o TITULAR/RESPONSÁVEL possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem do contrato, de seus Aditivos ou de comunicações posteriores por escrito.

16.4 - Não constituirá novação ou, de qualquer modo, modificação do contrato qualquer moratória, dilação ou concessão outorgada pela AMIL a qualquer dos beneficiários, sendo esta concessão, portanto, revogável a qualquer tempo por qualquer das partes.

16.5 - O contrato constitui o único e integral acordo entre as partes referentes ao objeto constante da Cláusula Primeira e cancela todos os outros compromissos, entendimentos, contratos e garantias porventura existentes entre as partes e referentes ao objeto constante da Cláusula Primeira já mencionado, mesmo que sejam verbais ou escritos, dando-se às partes mutuamente ampla e total quitação.

16.6 - Caso a lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a AMIL, na sua comunicação com o cliente poderá utilizar-se de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente estes: cartas (com ou sem aviso de recebimento) e-mail, telefone ou qualquer outro meio eletrônico ou físico.

16.7 - O foro para o caso de litígio ou pendência judicial será o do domicílio do TITULAR/RESPONSÁVEL.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

14.8 - O pagamento posterior não quita débitos anteriores.

14.9 - Os valores da URA - Unidade de Reembolso Amil - serão reajustados na mesma proporção do reajuste autorizado para a mensalidade, conforme Cláusula 14.5, não cabendo nenhum reajuste da URA por aumento por mudança da faixa etária - Cláusula 14.4

15 ► CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

15.1 - O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura. Ele será renovado nos termos da legislação vigente, não cabendo a cobrança de taxas ou algum outro valor no ato da renovação, bem como não havendo a incidência de nenhum período adicional de carência. **O início da eficácia do contrato estará condicionado à aprovação da Solicitação de Adesão.**

15.2 - A primeira mensalidade vence na data da assinatura da Solicitação de Adesão, e as demais no mesmo dia nos meses subsequentes.

15.3 - O TITULAR/RESPONSÁVEL poderá solicitar a mudança de plano na **data de aniversário do contrato**. A mudança dependerá da assinatura de novo contrato.

15.3.1 - Quando da mudança de plano, será contabilizado para fins de carência o tempo de vigência do contrato anterior; porém, para os novos benefícios ou para a utilização da nova rede credenciada, **haverá a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias.**

15.3.2 - A mudança de plano incluirá obrigatoriamente todos os participantes do contrato.

15.4 - O contrato será rescindido pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua vigência, mediante notificação por escrito ao TITULAR/RESPONSÁVEL até o quinquagésimo dia de inadimplência. (Exemplo: o contrato é de janeiro, e na mensalidade de fevereiro houve atraso de 15 dias; na de abril, novo atraso de 15 dias; na de setembro, novo atraso de 20 dias; e, na de outubro, novo atraso de 10 dias. Nesse caso, o contrato poderá ser extinto. Outro exemplo: o contrato é de janeiro e a mensalidade de março está em atraso por 60 (sessenta) dias. Nesse caso, também o contrato poderá ser extinto.)

15.4.1 - O TITULAR/RESPONSÁVEL será responsabilizado pelos custos decorrentes da utilização do sistema durante o período de inadimplência que anteceder o cancelamento do contrato, caso isso ocorra.

15.5 - O contrato estará cancelado na ocorrência comprovada de fraude ou dolo por parte do TITULAR/RESPONSÁVEL e demais beneficiários, sem prejuízo das perdas e danos, se cabíveis.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

14.5 - As mensalidades serão corrigidas nos termos, nos valores e na periodicidade autorizada pela legislação vigente na época do reajuste ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

14.6 - Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, será aplicada a fórmula que se segue:

$$Ir = (Cons \times P1) + (Ex \times P2) + (Proc \times P3) + (HM \times P4) + (S \times P5) + (DT \times P6) + (MM \times P7) + (DG \times P8),$$

ONDE:

Ir = Índice de reajuste;

Cons = Variação dos preços das consultas;

Ex = Variação dos preços dos exames;

Proc = Variação dos preços dos procedimentos;

HM = Variação dos preços dos honorários médicos;

S = Variação dos salários, comprovada através de acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe ou resultantes da política salarial oficial;

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento no período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos AMIL;

MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com a Brasindica);

DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a aferição percentual do índice autorizado pelo governo);

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, de acordo com a apuração de seus custos pela AMIL.

14.7 - O CONTRATANTE em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa de 2% e juros de mora, sem prejuízo da sua atualização monetária.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

14 ► CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

14.1 - Todos os pagamentos serão feitos pelo CONTRATANTE à AMIL, de acordo com as condições definidas no aditivo Tabela de Preços, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

14.2 - Nenhum pagamento será reconhecida como feito à AMIL se o CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela AMIL.

14.3 - As faixas etárias previstas neste contrato são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

14.4 - Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês seguinte ao da ocorrência. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 30% (trinta por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 9% (nove por cento);
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 10% (dez por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 29,9% (vinte e nove e nove décimos por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 15% (quinze por cento);
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento);
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 70,368% (setenta e trezentos e sessenta e oito milésimos por cento).

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

13.3.3 - Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibo ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, valor cobrado, **valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CGC, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

13.3.4 - Honorários médicos durante a internação: recibo ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes da sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, valores cobrados, **valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CGC, CRM e endereço legível e data da realização do evento.

13.3.5 - Internação: nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;

13.3.6 - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados.

13.4 - A AMIL reserva-se o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

13.5 - Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à AMIL, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir da data em que ocorreu o evento médico ou a alta hospitalar.

13.5.1 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a AMIL poderá solicitar do beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, passando a serem contados novos prazos para pagamentos a partir da data de entrega ou complementação de documentos.

13.6 - Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao CONTRATANTE no prazo máximo de 15 (quinze) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

13

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

REEMBOLSO

13.1 - Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada, quando não tenha sido possível o atendimento na rede credenciada.

13.1.1 - Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a AMIL custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado.

13.2 - Nos planos AMIL COM REEMBOLSO, os valores do reembolso das despesas pelo atendimento por médicos ou em serviços de rede não-credenciada serão calculados em razão da Tabela de Multiplicadores do plano escolhido, aplicadas sobre a Tabela Amil de Reembolso, nos limites e nas condições estabelecidos do plano contratado e da URA - Unidade de Reembolso da AMIL -, vigente na data da realização do procedimento, através da seguinte fórmula: multiplicador do plano escolhido x quantitativo em URA do procedimento na tabela AMIL x Valor da URA.

13.2.1 - O reembolso das despesas com os custos hospitalares de internação somente é previsto para os planos AMIL 60.01 e AMIL 60.02, sendo o valor da conta apresentada para reembolso submetido à auditoria médico-técnica para se verificar se estão sendo cobradas somente as hipóteses previstas como cobertas no item 11.1, sendo excluídas todas as despesas extraordinárias à internação, tais como o uso de telefone no quarto, consumo de frigobar, aluguel de filmes e toda e qualquer outra despesa definida como extraordinária pelo hospital. As despesas com honorários médicos durante a internação serão reembolsadas com base na Tabela AMIL de Reembolso e nos limites previstos na Cláusula 2.4.

13.3 - Há necessidade de serem apresentados os seguintes documentos quando da solicitação de reembolso:

13.3.1 - Consulta: recibo ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação da consulta, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CGC, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

13.3.2 - Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, valor cobrado, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CGC, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

- c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID - Código Internacional de Doenças/Capítulo V;
- d) **Internação hospitalar psiquiátrica** em hospital especializada ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID - Código Internacional de Doenças/Capítulo V -, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano; **após esse período, haverá a co-participação obrigatória**, equivalente ao pagamento de 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação;
- e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral por 15 (quinze) dias de internação por ano; **após esse período, haverá a co-participação obrigatória**, equivalente ao pagamento de 50% (cinquenta por cento) das despesas hospitalares e honorários médicos de internação. (Exemplos para os itens d e e: no caso do item e, o paciente interna-se durante seis dias em janeiro, depois interna-se por mais sete dias em fevereiro; depois interna-se por mais cinco dias, os 15 dias serão cobertos integralmente pela AMIL, os três dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador do serviço, sem direito a reembolso algum. O tempo da primeira internação ultrapassa os 15 dias, os quais serão cobertos integralmente pela AMIL, os dias restantes serão cobertos em apenas 50%, cabendo ao beneficiário pagar a diferença diretamente ao prestador do serviço, sem direito a reembolso algum. O mesmo ocorrerá na hipótese do item d acima, caso a internação ultrapasse 30 (trinta) dias.

12.2 - Considera-se que uma pessoa está em crise sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante.

12.3 - O beneficiário poderá dispor de 8 (oito) semanas anuais de tratamento, em regime de hospital-dia, nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise. Para os diagnósticos com CID de **F00 a F09** (transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), **F20 a F29** (esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes), **F70 a F79** (retardo mental) e **F90 a F98** (transtornos de comportamento e transtornos emocionais habituais na infância e na adolescência), essa cobertura será estendida até 180 (cento e oitenta) dias por ano (a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID-10 -, da Organização Mundial da Saúde).

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

11.9 - Em caso de transplante de órgãos de cadáver, o candidato ao mesmo deverá estar inscrito em uma das listagens dos Centros de Notificação e Captação de Doadores de Órgãos - CNCDOs - e sujeitar-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgãos dos mesmos, respeitada a área de abrangência geográfica do contrato.

11.10 - Nas situações previstas na Cláusula 3.6, nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte do Programa de Atendimento Especial, a AMIL deverá ser comunicada imediatamente, e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais de direcionamento, sendo o custo da remoção coberto pela AMIL.

11.10.1 - Se o beneficiário ou seus responsáveis não concordarem com a remoção, de imediato cessará a cobertura da AMIL, passando o mesmo e/ou seus responsáveis a serem os únicos responsáveis pelos custos da internação, custos estes que serão reembolsados pela AMIL, tomando-se por base os valores cobrados pelos hospitais participantes do Programa Especial de Atendimento.

11.10.2 - Caso a remoção não seja possível por motivo médico, embora a AMIL não seja obrigada a cobrir os custos, será aplicado o reembolso previsto na Cláusula Décima Terceira, observados os direitos de seu plano e tendo como base os valores cobrados nos hospitais autorizados pela AMIL.

12

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

SAÚDE MENTAL

12.1 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pela Resolução nº 11/98 do Conselho de Saúde Suplementar (disponível no site da AMIL, www.amil.com.br, e no site da ANS, www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:

- a) **Atendimento às emergências** - assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão;
- b) **Psicoterapia de crise** - entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, sem efeito cumulativo;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

- e) cobertura de despesas de diárias de acompanhante, **para os planos de rede credenciada, somente no caso de pacientes menores de 18 e maiores de 60 anos de idade - e para qualquer idade nos planos com reembolso**, respeitados os direitos e as obrigações previstos nos regulamentos internos de cada hospital;
- f) cobertura de internação neonatal do recém-nascido, filho do titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, desde que nascido sob a cobertura da Amil.

11.2 - Nas internações de caráter de **urgência ou emergência**, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à AMIL, **no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis**, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato.

11.3 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela AMIL até 5 (cinco) dias úteis antes da data da internação.

11.4 - A falta de comunicação das razões da internação acarretará a não-cobertura das despesas resultantes do atendimento;

11.5 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para a AMIL e o CONTRATANTE a existência da cobertura prevista neste contrato, **devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença e o tratamento proposto.**

11.6 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia, deverão ser observadas as normas estabelecidas para a reposição de sangue pelas autoridades públicas.

11.7 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas a cobertura, como refeições para acompanhantes, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela AMIL.**

11.8 - Estão cobertas as despesas com procedimentos vinculados à realização dos transplantes previstos em lei, incluindo:

- I - as despesas assistenciais com doadores vivos;
- II - os medicamentos utilizados durante a internação;
- III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma prevista na Resolução nº 12/98 do Conselho de Saúde Suplementar (disponível no site da AMIL: www.amil.com.br, e no site da ANS: www.ans.gov.br).

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

10.7 - Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da AMIL para sua cobertura.

10.8 - Somente haverá cobertura dos custos referentes à remoção do paciente de hospital para hospital, desde que comprovadamente necessária, devendo ser observados os seguintes limites e condições:

- a) Prévia autorização da AMIL;
- b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- c) Remoção realizada por serviços credenciados e através de ambulância terrestre.

Assim, por exemplo, não haverá cobertura pela AMIL para remoção de paciente de sua residência ou trabalho para um hospital.

11

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

INTERNAÇÕES HOSPITALARES

11.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com as normas estabelecidas pelo Consu - Conselho Nacional de Saúde Suplementar - nos limites e nas condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na Cláusula 3.6, e no que segue:

- a) cobertura de internações hospitalares em quarto privativo/quarto coletivo e centro de terapia intensiva, ou similar, sem limites de prazo, valor ou quantidade;
- b) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- c) cobertura de exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- d) cobertura de taxas hospitalares, material utilizado, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no orientador médico do plano escolhido;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

10.6 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos terapêuticos especiais**, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

- 1 - Fisioterapia;
- 2 - Dessensibilização;
- 3 - Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
- 4 - Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
- 5 - Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
- 6 - Radioterapia do tipo radiomoldagem, radiolimplante e braquiterapia;
- 7 - Quimioterapia ambulatorial;
- 8 - Quimioterapia intratecal ou com medicina nuclear;
- 9 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em oftalmologia;
- 10 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em urologia;
- 11 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em otorinolaringologia;
- 12 - Procedimentos para litotripsias;
- 13 - Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstico ambulatorial;
- 14 - Artroscopia;
- 15 - Diálise ou hemodiálise;
- 16 - Hemoterapia;
- 17 - Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
- 18 - Tratamento hiperbárico;
- 19 - Cirurgias em regime de *day-hospital*;
- 20 - Nutrição enteral ou parenteral;
- 21 - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em cirurgia plástica;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

9.6 - Nos casos em que a AMIL vier a cobrir custos decorrentes de acidentes causados ou não por terceiros, fica a Amil autorizada a buscar obter do terceiro causador do dano, ou de empresas seguradoras do beneficiário, no Brasil ou no exterior, o reembolso das despesas médicas que vier a pagar.

10

CLÁUSULA DÉCIMA

EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

10.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso dos exames de apoio diagnóstico e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e nas condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na Cláusula 3.6.

10.2 - A solicitação de exames ou procedimentos para os planos de rede credenciada deverá ser emitida pelo médico credenciado responsável pelo atendimento ao beneficiário.

10.2.1 - As solicitações realizadas por médico não-credenciado deverão ser submetidas à análise da Amil, exceto para os planos com reembolso.

10.3 - Para fins deste contrato, são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:

- 1 - Exames de análise clínica e radioimunoensaio (medicina nuclear);
- 2 - Exames de citopatologia e anatomopatologia;
- 3 - Eletrocardiograma e eletroencefalograma;
- 4 - Exames radiológicos simples e exames contrastados de aparelho digestivo e urinário;
- 5 - Colposcopia e colpocitologia;
- 6 - Testes alérgicos e provas imunoalérgicas;
- 7 - Exames de otorrinolaringologia e oftalmologia, exceto os referidos na cláusula seguinte: itens 10.4.11 e 10.4.12.

10.4 - Para fins deste contrato, são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:

- 1 - Ergometria, holter e ecocardiograma;
- 2 - Exames de diagnóstico em medicina nuclear;
- 3 - Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica realizados em regime ambulatorial;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

8.2 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico.

8.2.1 - As consequências do não-comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário.

8.3 - Para a aplicação deste contrato, as consultas são classificadas nas seguintes tipos:

- a) Consultas em consultório médico;
- b) Consultas em centro médico ou clínica;

9

CLÁUSULA NONA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO

9.1 - A cobertura de custeio ou o reembolso para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizado **nos limites e nas condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na Cláusula 3.6.**

9.2 - É assegurada a cobertura para o atendimento em pronto-socorro nos seguintes casos:

- a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- b) de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;
- c) de sofrimento intenso sem risco de vida ou de lesão irreparável, mas que justifique um atendimento médico imediato.

9.3 - Estão incluídos nos atendimentos de urgência e/ou emergência em pronto-socorro a consulta, os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e às normas estabelecidas nas Cláusulas Sexta e Sétima, que tratam das carências e das doenças e lesões preexistentes.

9.4 - Os atendimentos de urgência/emergência decorrentes de acidente pessoal serão garantidos após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

9.5 - Os atendimentos de urgência/emergência decorrentes de doenças e lesões preexistentes e nos casos relacionados a partos a termo ocorridos durante o período de carência estão subordinados às normas estabelecidas para a Cobertura Parcial Temporária, conforme Cláusula 7.4.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

7.4.2 - Nas situações de urgência e/ou emergência relacionadas às doenças ou lesões preexistentes, durante o período de CPT, a cobertura estará limitada ao prazo de até 12 (doze) horas de atendimento em regime de pronto-socorro.

7.4.3 - Quando for necessária, para a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo inferior a 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do TITULAR/RESPONSÁVEL, não cabendo ônus algum à AMIL. (Um exemplo: pessoa já portadora de doença cardiovascular, quando da assinatura da Solicitação de Adesão, busca atendimento em pronto-socorro por estar sentindo-se mal. Caso haja a necessidade de internação hospitalar em unidade coronariana, ainda que dentro das primeiras 12 horas de atendimento em pronto-socorro, a internação não será coberta.)

7.4.4 - Cessada a obrigação de cobertura pela AMIL, esta cobrirá os custos com a remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médica-hospitalar, seja pública ou privada, desde que dentro da área de abrangência geográfica da cobertura, sendo as despesas com a continuidade do tratamento de responsabilidade do TITULAR/RESPONSÁVEL. Não cabe à AMIL a responsabilidade pela obtenção de vaga para continuidade de internação.

7.5 - AGRAVO: consiste no acréscimo financeiro no valor das mensalidades que serão pagas pelo TITULAR/RESPONSÁVEL à AMIL para o custeio dos seguintes procedimentos relacionados à doença ou lesão preexistente: eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia (UTI, unidades coronarianas, unidades neonatais, unidades de tratamento semi-intensivo) e procedimentos de alta complexidade constantes do Rol de Procedimentos de Alta Complexidade da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resoluções ANS - RDC 67 e 68, de 7 de maio de 2001, ou outras que venham a sucedê-las). Essas resoluções podem ser encontradas no site da AMIL: www.amil.com.br, ou no site da ANS: www.ans.gov.br

7.5.1 - Sem prejuízo das exclusões previstas na Cláusula Quinta, na opção pelo Agravado, o atendimento para as doenças e lesões preexistentes observará todas as carências contratuais, não se aplicando redução alguma delas.

8

CLÁUSULA QUITAVA

CONSULTA MÉDICA

8.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e nas condições do plano escolhido e demais cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na Cláusula 3.6

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

6.6 - Ainda que o CONTRATANTE tenha feito opção pelo AGRAVO, a cobertura para o atendimento no caso das doenças e lesões preexistentes dependerá do cumprimento de todas as carências aqui previstas.

7

CLÁUSULA SÉTIMA

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

7.1 - São consideradas DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES aquelas das quais o beneficiário (por si ou seu responsável) saiba ser portador ou sofrendor ou ter sido portador (ainda que já curado) na data do preenchimento da Declaração de Saúde. Qualquer doença ou lesão preexistente deve obrigatoriamente ser declarada por ocasião da assinatura da Solicitação de Adesão.

7.2 - A omissão de informações ou a informação inverídica sobre doenças ou lesões preexistentes poderão ser caracterizadas como comportamento fraudulento e, por conseguinte, ensejar a abertura de Processo Administrativo na ANS, que, caso procedente, além de constituir causa para a rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor.

7.2.1 - As informações incorretas acarretarão, de imediato, a perda dos benefícios de redução de carências, eventualmente concedidos através das PRCs - Planos de Redução de Carência.

7.3 - Quando da presença de doença ou lesão preexistente e suas consequências, o TITULAR/RESPONSÁVEL, no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, deverá optar entre a COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT (Item 7.4) - e o AGRAVO (Item 7.5).

7.4 - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT: consiste na suspensão da cobertura, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES. Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (através das Resoluções RDC 67 e RDC 68, de 7 de maio de 2001), ou outras que venham a sucedê-las. Essas Resoluções podem ser encontradas no site da AMIL - www.amil.com.br - ou no site da ANS, www.ans.gov.br (exemplo: pessoa já portadora de problemas cardíacos, quando da assinatura da Solicitação de Adesão, somente terá cobertura das despesas com cirurgia cardíaca após 24 meses). Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, unidades coronarianas, unidades neonatais, unidades de tratamento semi-intensivo).

7.4.1 - O prazo de 24 (vinte e quatro) meses é contado da data do início da vigência do contrato ou da data da inclusão de novos beneficiários.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

XXII - Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

6 ▶ CLÁUSULA SEXTA

CARÊNCIAS

6.1 - Os prazos de carência, para os benefícios previstos no plano contratado, são os seguintes:

- a) Atendimento de urgência/emergência em prontas-socorros, incluindo as decorrentes de complicações gestacionais - 24 (vinte e quatro) horas;
- b) Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico - 30 (trinta) dias;
- c) Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial básico - 30 (trinta) dias;
- d) Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial especial - 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Internações em geral - honorários médicos e custos hospitalares - 180 (cento e oitenta) dias;
- f) Internações para obstetria e neonatologia - honorários médicos e custos hospitalares - 300 (trezentos) dias.

6.2 - O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

6.3 - O atendimento de urgência e emergência nos contratos que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doença e lesão preexistente deverá abranger cobertura limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

6.4 - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internações, este deverá abranger cobertura limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, de acordo com o que estabelece a Cláusula 7.4.3.

6.5 - No Plano AMIL Referência, é garantida a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e/ou emergência, após 24 horas de vigência do contrato, somente para os casos que não forem considerados doenças e lesões preexistentes.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

- X - Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes nem por sociedades médico-científicas brasileiras;
- XI - Eventos médicos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XII - Qualquer outro tipo de transplante, que não o de córnea ou de rim;
- XIII - Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente - idoso ou não - em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário) e internação com finalidade diagnóstica cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial sem prejuízo para o CONTRATANTE;
- XIV - Tratamento de fonoaudiologia e logopedia, exceto com indicação médica relacionada à doença mental;
- XV - Cirurgia de retração com grau bilateral inferior ao definido pela legislação - o grau mínimo hoje definido pela legislação é 7 (sete);
- XVI - Enfermagem em caráter particular;
- XVII - Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;
- XVIII - Cirurgia para mudança de sexo;
- XIX - Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;
- XX - Cirurgia plástica, além de tratamento clínico ou cirúrgico, com finalidade estética ou social. A única hipótese de cirurgia plástica coberta é a prevista na Lei 10.223/2001: cirurgia plástica reconstrutiva de mama, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer. (Alguns exemplos: não seriam cobertas as cirurgias plásticas decorrentes de gigantismo de mama; não seriam cobertas cirurgias plásticas para retirada de cicatriz - ou quelóide, ou após cirurgias para obesidade mórbida);
- XXI - Atendimento e tratamento de acidentes ocorridos em competições, oficiais ou não, como, por exemplo, ralis, corridas de automóveis ou de moto; vôo em asa-delta; mergulho, boxe; e alpinismo, entre outras. Fica claro que esses acidentes e suas complicações somente serão cobertos quando ocorridos na prática não-competitiva, ou seja, na prática de caráter individual e de lazer;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

4.7 - Não é permitida a inclusão de novo beneficiário no curso do contrato, salvo no caso de nascimento de filha(a) ou adoção, desde que a inclusão do novo beneficiário ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de nascimento ou do trânsito em julgado da sentença de adoção.

5

CLÁUSULA QUINTA

EXCLUSÕES

5.1 - Este contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso para os eventos que seguem:

- I - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
- II - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos e órteses e próteses para fins estéticos, aqui incluído o tratamento da esclerose de varizes com indicação estética;
- III - Inseminação artificial;
- IV - Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - Fornecimento em regime ambulatorial de medicamentos (importados ou não), vacinas (importadas ou não), exceto dessensibilização, e material de curativo (importado ou não), até mesmo para procedimentos cobertos pela AMIL, como, por exemplo, o de quimioterapia oral. (Alguns exemplos: não há cobertura ou reembolso para curativo feito em farmácia; não há cobertura para Interferon ou Interleucina; não há cobertura para vacinas tomadas em farmácia ou consultório médico.);
- VI - Fornecimento de material e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importados ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;
- VII - Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar ou ambulatorial;
- VIII - Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não-ligados ao ato cirúrgico;
- IX - Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial;

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

4.2 - Os menores de 18 anos somente poderão ser beneficiários de um contrato AMIL quando tiverem um responsável maior como TITULAR/RESPONSÁVEL, podendo este TITULAR/RESPONSÁVEL ser ou não beneficiário no contrato.

4.3 - O TITULAR/RESPONSÁVEL é o único responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da assinatura da Solicitação de Adesão, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF ou certidão de nascimento e casamento. É também responsável pelo preenchimento das informações pessoais de cada um de seus dependentes.

4.3.1 - A omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo TITULAR/RESPONSÁVEL, fazendo com que ele e seus dependentes ou beneficiários possam usufruir de benefícios que não teriam caso tivessem informado ou declarado de forma correta, é reconhecida como violação do contrato, permitindo à empresa buscar, até mesmo liminarmente, a proteção dos seus direitos, sem prejuízo de poder a AMIL buscar ainda o cancelamento do contrato por fraude e/ou buscar ser indenizada pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevida.

4.4 - São considerados beneficiários (titular ou dependente) todos os nomeados pelo TITULAR/RESPONSÁVEL, identificados na Solicitação de Adesão.

4.5 - A AMIL fornecerá para cada beneficiário um cartão de identificação que o habilitará ao uso do sistema.

4.6 - Somente será permitida a exclusão de dependente em caso de separação, divórcio, maioridade ou morte, mediante solicitação do TITULAR/RESPONSÁVEL, sendo a alteração processada na data do vencimento da mensalidade, a partir de quando não haverá a obrigação do pagamento referente ao beneficiário excluído.

4.6.1 - O TITULAR/RESPONSÁVEL obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente aos beneficiários excluídos, ficando a AMIL autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação.

4.6.2 - Somente será aceita a exclusão do TITULAR/RESPONSÁVEL em caso de óbito, ficando facultado ao cônjuge beneficiário, ou ao beneficiário mais idoso, ou aquele que vier a ser indicado como responsável no caso de serem os beneficiários menores de idade, manter o contrato nas mesmas condições em prol de todos os beneficiários.

4.6.3 - O contrato somente poderá ser mantido com a manutenção de todos os beneficiários então existentes. Se isso não ocorrer, o contrato estará extinto (exemplo: pai, beneficiário titular do contrato, falece e, no contrato, são beneficiários a mulher e dois filhos; nesse caso, pode a mulher manter o contrato desde que, no contrato, permaneçam como beneficiários a mulher e os dois filhos, ou seja, não é possível manter-se o contrato com apenas um dos filhos como beneficiário).

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

Grupo Diagnóstico	CID
Doenças do aparelho cardiocirculatório	I 10 - I 52
Diabetes	E 10 - E 14
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J 40 - J 47
Tratamento dialítico em insuficiência renal	N 17 - N 19
Doenças relacionadas ao HIV e às suas complicações	B 20 - B 24
Oncologia	C00 - C97 D00 - D09
Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química	F00 - F99

3.7 - Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada.

3.7.1 - Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a AMIL custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado.

3.7.2 - Deverão ser observadas as normas administrativas discriminadas na Cláusula Décima Terceira.

3.8 - Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, o CONTRATANTE poderá optar, de modo expresso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Resgate Saúde, AMIL Medicamentos e AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, cujas regras estão expressas em seguida à última Cláusula deste contrato.

3.8.1 - No plano AMIL REFERÊNCIA, é vedada a opção por qualquer aditivo.

4

CLÁUSULA QUARTA

TIPOS DE CONTRATAÇÃO E CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

4.1 - Contrato pessoa física: é aquele que permite a livre adesão de consumidores pessoa física, tendo os seguintes tipos:

Contrato Individual/Grupai: é aquele que tem um ou mais beneficiários, sem a obrigatoriedade do caráter familiar;

Contrato Familiar: é aquele que tem obrigatoriamente como beneficiários ambos os cônjuges, podendo incluir como dependentes somente seus filhos solteiros.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

3.5 - A área geográfica de abrangência de atendimento, em consonância com a classificação estabelecida na RDC nº 4 da ANS de 18 de fevereiro de 2000, cujo conteúdo pode ser encontrado na site da ANS – www.ans.gov.br –, corresponde a:

Plano	Orientador Médico	Abrangência Geográfica
AMIL 20 - 01	Rede AMIL 20	Grupo de Estados
AMIL 30 - 01	Rede AMIL 30	Grupo de Estados
AMIL 40 - 01	Rede AMIL 40	Grupo de Estados
AMIL Referência	Rede AMIL Referência	Grupo de Municípios

3.5.1 - O Grupo de Estados acima referido compreende os Estados de Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Ceará e Distrito Federal.

3.5.2 - O Grupo de Municípios da Rede AMIL Referência corresponde aos municípios que constam do Orientador Médico AMIL Referência do estado onde está sendo assinada a Solicitação de Adesão.

3.5.3 - O atendimento para urgências/emergências abrange todo o território nacional, observados as coberturas e os limites do plano escolhida e o estabelecido na Cláusula 3.8.

3.6 - Nos planos AMIL DE REDE CREDENCIADA, as condições médicas a seguir terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento, relacionados nos Orientadores Médicos de cada plano:

- Transplantes de órgãos cobertos: rim e córnea;
- Tratamento cirúrgico da refração, para grau maior que 7(sete);
- Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastropastia redutora, gastroentero-anastomoses e outras);
- Tratamento de quimio e radioterapia;
- Tratamento fisioterápico de reabilitação;
- Implante de marcapasso definitivo;
- Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);
- Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação;
- Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

A escolha do plano deverá ser feita pelo CONTRATANTE, no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, dentre as seguintes opções:

Plano AMIL 20.01, **Orientador Médico Rede AMIL 20**, abrangência geográfica Grupo de Estados, acomodação em quarto privativo;

Plano AMIL 30.01, **Orientador Médico Rede AMIL 30**, abrangência geográfica Grupo de Estados, acomodação quarto privativo;

Plano AMIL 40.01, **Orientador Médico Rede AMIL 40**, abrangência geográfica Grupo de Estados, acomodação quarto privativo;

Plano AMIL Referência, de acordo com os artigos décimo e décimo segundo da Lei 9.656, **Orientador Médico Rede AMIL Referência**, com abrangência geográfica Grupo de Municípios, acomodação em quarto coletivo.

3.2 - O Orientador Médico de cada plano lista todos os prestadores - médicos, clínicas, laboratórios e hospitais - com os serviços e especialidades a que poderá ter acesso com a cobertura pela AMIL.

3.3 - Qualquer que seja o plano AMIL DE REDE CREDENCIADA contratado somente haverá direito a acompanhante quando o beneficiário for menor de 18 ou maior de 60 anos de idade.

3.4 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e aos exames relacionados à gestação, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho do titular ou de qualquer outro beneficiário do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

3.4.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

3.4.2 - A cobertura para o recém-nascido somente se dará se este tiver nascido sob a responsabilidade da AMIL, ou seja, se os custos do parto tiverem sido cobertos pela AMIL. Assim, por exemplo, se o parto tiver sido particular, ou seja, não tiver sido coberto pela rede credenciada, ou através de reembolso, ou, ainda, se tiver sido coberto por outra operadora, o recém-nascido não terá direito a cobertura alguma pela AMIL até ser incluído como beneficiário do plano AMIL, devendo, nesse caso, serem observadas as carências a serem cumpridas pelo recém-nascido.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

2.5.2 - A cobertura para o recém-nascido somente se dará se este tiver nascido sob a responsabilidade da AMIL, ou seja, se os custos do parto tiverem sido cobertos pela AMIL. Assim, por exemplo, se o parto tiver sido particular, ou seja, não tiver sido coberto pela rede credenciada ou através de reembolso ou, ainda, se tiver sido coberto por outra operadora, o recém-nascido não terá direito a cobertura alguma pela AMIL, até ser incluído como beneficiário do plano AMIL, devendo, nesse caso, serem observadas as carências a serem cumpridas pelo recém-nascido.

2.6 - A área geográfica de abrangência de atendimento, em consonância com a classificação estabelecida na RDC nº 4 da ANS de 18 de fevereiro de 2000, cujo conteúdo pode ser encontrado no site da ANS – www.ans.gov.br –, corresponde a:

Planos	Orientador Médico	Abrangência Geográfica
AMIL 50 - 01	Rede AMIL 50	Nacional
AMIL 50 - 02	Rede AMIL 50	Nacional
AMIL 60 - 01	Rede AMIL 60	Nacional
AMIL 60 - 02	Rede AMIL 60	Nacional

2.7 - Nos planos AMIL COM REEMBOLSO, o CONTRATANTE poderá optar, de modo expresso e através de pagamento adicional, pelos aditivos AMIL Resgate Saúde; AMIL Medicamentos e AMIL Urgências em Viagens ao Exterior, **cujas regras estão expressas em seguida à última Cláusula deste contrato.**

2.8 - A opção pelos aditivos somente poderá ser exercida quando da assinatura da Solicitação de Adesão, ou na data do aniversário do contrato, ou em períodos que venham a ser autorizados pela AMIL.

3

CLÁUSULA TERCEIRA

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL 20.01, 30.01, 40.01 E REFERÊNCIA

3.1 - Os planos AMIL DE REDE CREDENCIADA asseguram a cobertura de custos das despesas com assistência médica na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, ou seja, consultas realizadas em consultório, clínicas e centros médicos; atendimento de urgência e/ou emergência em pronto-socorro hospitalar; exames complementares de apoio diagnóstico; procedimentos terapêuticos ambulatoriais; honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

2.2.1 - Fica certo de que, se esses serviços forem integrantes da rede credenciada do plano escolhido, a AMIL pagará os serviços diretamente ao prestador, por conta e ordem do beneficiário, nos limites e nas condições do plano contratado. Entretanto, se os serviços não forem integrantes da rede credenciada, a AMIL vai reembolsar o beneficiário nos limites e nas condições do plano escolhido e de acordo com o previsto na Cláusula Décima Terceira.

2.3 - A rede credenciada dá nome ao orientador médico, no qual estão listados todos os prestadores de serviços – médicos, clínicas, serviços de diagnóstico e hospitais a que poderá ter acesso sem precisar solicitar reembolso de despesas.

2.4 - O reembolso das despesas é calculado em função dos multiplicadores definidos no plano escolhido - veja quadro - que serão aplicados sobre os valores previstos na Tabela Amil de Reembolso e obedecerão às normas estabelecidas na Cláusula Décima Terceira.

Grupo de Benefícios	AMIL 50.01	AMIL 50.02	AMIL 60.01	AMIL 60.02
Consultas	até 1 vez a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Atendimento de urgência em pronto socorro hospitalar	até 1 vez a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Exames e procedimentos básicos ou especiais de apoio diagnóstico e tratamento	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	até 3 vezes a tabela AMIL	até 5 vezes a tabela AMIL
Honorários médicos de internação	até 2 vezes a tabela AMIL	até 2 vezes a tabela AMIL	até 4 vezes a tabela AMIL	até 6 vezes a tabela AMIL
Custos hospitalares de internação	Sem direito a reembolso	Sem direito a reembolso	Sm - veja 13.2.1	Sm - veja 13.2.1

2.5 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e aos exames relacionados à gestação, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho do titular ou de qualquer outro beneficiário do contrato, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto.

2.5.1 - A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular. Tal inclusão somente será aceita se realizada no período de até 30 (trinta) dias após o nascimento.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

2 CLÁUSULA SEGUNDA

CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS COM REEMBOLSO AMIL 50.01, 50.02, 60.01 E 60.02

2.1 - Os planos AMIL, COM REEMBOLSO asseguram a cobertura de custos das despesas com assistência médica na segmentação ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, ou seja, consultas realizadas em consultórios, clínicas e centros médicos, atendimento de urgência e/ou emergência em pronto-socorro hospitalar, exames complementares de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos ambulatoriais, honorários médicos e custos hospitalares de internação, incluindo obstetrícia e neonatologia;

A escolha do plano deverá ser feita pelo CONTRATANTE no momento da assinatura da Solicitação de Adesão, dentre as seguintes opções:

Plano AMIL 50.01 com reembolso de até uma vez a Tabela Amil para consultas e atendimento em pronto-socorro e até duas vezes para honorários médicos de internação. Orientador Médico Rede AMIL 50, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante, não havendo reembolso para exames, procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação;

Plano AMIL 50.02 com reembolso de até duas vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro e para honorários médicos de internação. Orientador Médico Rede AMIL 50, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante, não havendo reembolso para exames, procedimentos ambulatoriais e para os custos hospitalares de internação;

Plano AMIL 60.01, com reembolso de até três vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro e exames e procedimentos ambulatoriais e até quatro vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da Cláusula 13.2.1). Orientador Rede AMIL 60, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante;

Plano AMIL 60.02, com reembolso de até cinco vezes a Tabela Amil para consultas, atendimento em pronto-socorro e exames e procedimentos ambulatoriais e até seis vezes para honorários médicos de internação, com reembolso dos custos hospitalares de internação (nos termos da Cláusula 13.2.1). Orientador Rede AMIL 60, abrangência geográfica nacional, acomodação em quarto privativo com acompanhante;

2.2 - Nos planos AMIL, COM REEMBOLSO, o CONTRATANTE poderá, em consonância com o plano escolhido, utilizar os serviços de médicos, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e os serviços de hospitais da sua livre escolha e também da rede credenciada AMIL.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105 - A

O contrato de Cobertura de Assistência Médica e Hospitalar estabelece a relação entre a AMIL - Assistência Médica Internacional Ltda. - daqui por diante denominada AMIL, e o CONTRATANTE, pessoa física, ambos devidamente qualificados na Solicitação de Adesão, sendo beneficiários as pessoas indicadas pelo CONTRATANTE, a partir da data do início da vigência do contrato, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

1

CLÁUSULA PRIMEIRA

OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos ou reembolso, pela AMIL, das despesas correspondentes à assistência médica prestada por terceiros aos beneficiários regularmente cadastrados, **nos limites e nas condições de cobertura estabelecidos pelo plano escolhido, demais cláusulas deste contrato e seus termos aditivos**, em conformidade com o que determina a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e as disposições que a regulamentam (o texto da lei, suas modificações e regulamentação podem ser obtidos no site da ANS - www.ans.gov.br).

1.2 - Fazem parte do contrato as Solicitações de Adesão que incluem as Declarações de Saúde dos beneficiários, a Tabela Amil de Reembolso, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Orientador Médico, com a rede credenciada do plano, e os documentos comprobatórios de pagamento.

1.2.1 - A Tabela Amil de Reembolso e o Orientador Médico podem ser consultados em qualquer das Agências da AMIL ou ainda no site www.amil.com.br.

1.2.2 - O Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar - pode ser obtido tanto no site da AMIL quanto no site da ANS: www.ans.gov.br. Este Rol de Procedimentos é atualizado periodicamente pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar - e constitui a referência para a cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

1.3 - A nomenclatura médica de doenças a que se referem este contrato e seus anexos e aditivos segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Versão - CID 10 -, da Organização Mundial da Saúde.

PLANOS AMIL PESSOA FÍSICA - PF 105-A

139745 1

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	OBJETO	1
2	CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS COM REEMBOLSO AMIL 50.01, 50.02, 60.01 E 60.02	2
3	CARACTERÍSTICAS E TIPOS DE PLANOS DE REDE CREDENCIADA AMIL 20.01, 30.01, 40.01 E REFERÊNCIA	4
4	TIPOS DE CONTRATAÇÃO E CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS	7
5	EXCLUSÕES	9
6	CARÊNCIAS	11
7	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES, AGRAVO E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	12
8	CONSULTA MÉDICA	13
9	ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO	14
10	EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL	15
11	INTERNAÇÕES HOSPITALARES	18
12	SAÚDE MENTAL	20
13	REEMBOLSO	22
14	PAGAMENTO DE MENSALIDADES E OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE	24
15	VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO CONTRATO E TRANSFERÊNCIA DE PLANOS	26
16	DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO	27
ADITIVOS CONTRATUAIS		
	AMIL RESGATE SAÚDE	29
	AMIL MEDICAMENTOS	33
	AMIL URGÊNCIAS EM VIAGENS AO EXTERIOR	37



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO
PLANO PESSOA FÍSICA

CONTRATO Nº PF 105-A

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

ANS - nº 326305

APF139745 1

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (informações complementares)

Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, quadros clínicos e tudo mais que julgar importante para a avaliação da sua saúde).

Item	Beneficiário	Esclarecimento

DECLARAÇÃO DE SAÚDE – ENTREVISTA QUALIFICADA

☐
☐
☐

1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

2. Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, dei-me de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Assinatura do participante beneficiário

Assinatura do Médico Orientador (sem carimbo e CRM)

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia cartada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexatas que possam influir na aceitação desta proposta.

Declaro também:

1. Estar ciente de que esta proposta está sujeita à aprovação da AMIL e que a sua avaliação obedecerá ao seguinte cronograma:

Das datas de início da Solicitação de Adesão	Das datas de aprovação pela AMIL	Das datas de início da Solicitação de Adesão	Das datas de aprovação pela AMIL
de 1 a 5 do mês	15 do mês	de 16 a 20 do mês	30 do mês
de 6 a 10 do mês	20 do mês	de 21 a 25 do mês	5 do mês subsequente
de 11 a 15 do mês	25 do mês	de 26 a 30 do mês	10 do mês subsequente

2. Que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais dos Planos da AMIL.

3. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as características que regem o Plano de Saúde por mim escolhido e os Aditivos opcionais relacionados na Solicitação de Adesão.

4. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as situações específicas definidas em acordo com o que determina a Lei 8.080, de 3 de junho de 1990, e todas as disposições que a regulamentam, em especial no que diz respeito à exclusão de cobertura, carências, condições de pagamento e reajustes, além de variações de preços por faixas etárias.

5. Que a AMIL poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico-hospitalares relacionados aos beneficiários desta solicitação de adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela AMIL.

Local e data

Assinatura do participante beneficiário

2 de 2

SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO
PLANO PESSOA FÍSICA

CONTRATO Nº PF 105-A

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADEÇÃO

ANS - nº 326305

APF139745 1

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (informações complementares)

Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, quadro atual e tudo mais que julgar importante para a avaliação da sua saúde)

Item	Beneficiário	Esclarecimento

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - ENTREVISTA QUALIFICADA

☐ 1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

☐ 2. Declaro que fui orientado por médico particular de minha confiança no preenchimento da Declaração de Saúde acima.

☐ 3. Declaro que me foram orientadas as opções 1 e 2 acima especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, fiz-se de fato a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.

Assinatura do participante/autorizada(a): _____

Assinatura do médico orientador com validade e CRM: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÕES ESPECÍFICAS

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta, inclusive as que estão impressas, que coincidem com as da cópia carbonada em meu poder. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe sobre a perda de direitos e responsabilidade por omissão de circunstâncias ou declarações inexactas que possam influir na aceitação desta proposta.

Declaro também:

1. Estar ciente de que esta proposta está sujeita à aprovação da AMIL e que a sua avaliação obedecerá ao seguinte cronograma:

Das primeiras solicitações de adesão	Data de aprovação pela AMIL	Das primeiras solicitações de adesão	Data de aprovação pela AMIL
de 1 a 5 do mês	15 do mês	de 16 a 20 do mês	30 do mês
de 6 a 10 do mês	20 do mês	de 21 a 25 do mês	5 do mês subsequente
de 11 a 15 do mês	25 do mês	de 26 a 30 do mês	10 do mês subsequente

2. Que modo e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais dos Planos da AMIL.

3. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as características que regem o Plano de Saúde por mim escolhido e os Aditivos opcionais relacionados na Solicitação de Adesão.

4. Que nestas Condições Gerais estão descritas todas as situações específicas definidas em acordo com o que determina a Lei 9.696, de 3 de junho de 1998, e todas as disposições que a regulamentam, em especial no que diz respeito a exclusões de cobertura, parâmetros, condições de pagamento e reajustes, além de variações de preços por faixas etárias.

5. Que a AMIL, poderá utilizar todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar eventos médico-hospitalares relacionados aos beneficiários desta solicitação de adesão, pelo que autorizo os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias ao médico indicado pela AMIL.

Lugar e data: _____

Assinatura do participante/autorizada(a): _____

Página 2/2



SOLICITAÇÃO DE ADESAO
PLANO PESSOA FÍSICA

CONTRATO Nº PF 106-A

ANS - nº 326305

Moja Solicitação de adesão

APF139745 1

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- 1 - No preenchimento desta declaração, V. Sa. tem o apoio de seu orientador, sem fins financeiros, por um médico indicado pela operadora ou por um 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, são cobertas pela ANL, duas opções:
- a) Cobertura parcial temporária - o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirurgias ou testes de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada por um período máximo de 24 meses a quatro meses;
 - b) Aguardo - o beneficiário não poderá fazer parte de uma lista de espera para a cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os limites de carência estabelecidos. Para esta opção, deverá procurar uma agência de atendimento da ANL, para dar início ao processo específico de solicitação de adesão com início do aguardo, não devendo realizar qualquer pagamento ao contratante.
- 4 - Nenhuma cobertura poderá ser negada ao contratante para doenças ou lesões preexistentes não-declaradas, até que o operador apresente as provas concretas à ANL de que o consumidor possui a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANL, 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 seja portador no momento do preenchimento desta declaração, sendo que comprovada pela ANL, 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 recebida a comunicação ou a notificação da operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não-declarada.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPONDA ESCRREVENDO "SIM" ou "NÃO"			
	TT (S)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3/DEP (4)
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE:				
1 - Doenças cardíacas e artérias (como infarto, angustinas, trombose e sua obstrução, entre outras)				
2 - Doenças do aparelho cardiovascular (angina, infarto, pressão alta, arritmias, doenças cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras)				
3 - Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipotireoidismo, hipoparatiroidismo, obesidade e osteoporose, entre outras)				
4 - Doenças do aparelho digestivo (câncer, doenças do fígado, doenças dos rins, intestino, hepatite, entre outras)				
5 - Doenças do sistema urinário, reprodutivo e sexual (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
6 - Doenças do sistema respiratório (asma, pneumonia, tuberculose, entre outras)				
7 - Doenças do sistema circulatório (como câncer, doenças dos rins, insuficiência renal, doença, entre outras)				
8 - Doenças do sistema nervoso e sensoriais (como epilepsia, síndrome de Down, entre outras)				
9 - Doenças do sistema auditivo (como perda de audição, zumbido, entre outras)				
10 - Doenças do sistema muscular (como artrite, reumatismo, entre outras)				
11 - Doenças do sistema ósteo-articular (como artrite, reumatismo, entre outras)				
12 - Doenças do sistema endócrino e do sistema reprodutivo (como diabetes, hipertensão, entre outras)				
13 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
14 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
15 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
16 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
17 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
18 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
19 - Doenças do sistema reprodutivo (como câncer, doenças dos rins, entre outras)				
20 - É portador de qualquer outra doença que não se relaciona OU NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? (Se sim, informe a data do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro de informações complementares da página seguinte)				
21 - Indique no Quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.				

Quadro de Peso e Altura	DEPENDENTES			
	TITULAR	1	2	3
Peso (kg)				
Altura (m)				

SOLICITAÇÃO DE ADESÃO
PLANO PESSOA FÍSICA

CONTRATO Nº PF 105-A

ANS - nº 326305

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESÃO

APF139745 1

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- 1 - No preenchimento desta declaração, V. Sa, tem a ajuda de sua consciência, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora ou por um 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, são oferecidas pela ANS, duas opções:
- a) Cobertura parcial temporária - o beneficiário não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, oncológicos ou lesões de alta tecnologia relacionados à doença ou lesão declarada por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
 - b) Aggravar - acrescido no preço mensal do plano para que o beneficiário tenha direito à cobertura completa da doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais. Para esta opção, deverá propor uma agência de atendimento da ANS, para dar início ao processo específico de solução de acordo com o cálculo do agravar, não devendo realizar qualquer pagamento ao corretor.
- 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 possui a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.
- 5 - A existência de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, de que o consumidor sabe 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 notificado ou a notificação da operadora, atingindo a existência de doença ou lesão preexistente não-declarada.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPONDA ESCRIVENDO "SIM" ou "NÃO"				
INFORME SE É PORTADOR OU SE JÁ SOFREU DE	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)
1 - Doenças do sistema circulatório (como varizes, aneurismas, trombozes e má circulação, entre outras)					
2 - Doenças do aparelho cardiovascular (angina, infarto, pressão alta, arritmias, claudicação cardíaca, aneurisma e doenças cardíacas congênitas, entre outras)					
3 - Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, obesidade e osteoporose, entre outras)					
4 - Doenças do aparelho digestivo (cálculo biliar, doenças do fígado, doenças dos intestinos, hemorroidas e fístulas, entre outras)					
5 - Heridas (todas as tipos: queimaduras, cortes, lacerações, entre outras)					
6 - Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, purpuras e leucemias, entre outras)					
7 - Doenças do aparelho geniturinário (cálculo, infecção das vias, insuficiência renal, doença, uretra e transplantes, entre outras)					
8 - Doenças do sistema nervoso e cerebrovasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e síndrome de Down, entre outras)					
9 - Doenças de ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, otite, sinusite e amigdalite, entre outras)					
10 - Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras)					
11 - Doenças ortopédicas (ostiose, fêmur de arco, deformidade dos pés, osteoporose, lesão ligamentar, esbo de tendão, doença de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repetição, entre outras)					
12 - Doenças ginecológicas e do mama (mioma, peritônio, cisto de ovário, endometriose, cisto e nódulos mamários, entre outras)					
13 - Doenças relacionadas ao HIV (Aids e suas complicações, síndromes e degenerativas)					
14 - Doenças ou lesões benignas ou malignas (leucemias, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linomas e todos os tipos de cânceres)					
15 - Atraso menstrual e gravidez, complicações de gestação, complicações do parto e ameaça de aborto espontâneo					
16 - Doenças dos órgãos genitais masculinos (prostatite, hidrocele, fimose, orquite, epididimite, impotência e doença de Peyroni, entre outras)					
17 - Doenças oftalmológicas e alterações de visão (cataratas, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia e uso de lentes corretivas, entre outras)					
18 - Doenças do sistema (auto-imunes) (lupus eritematoso, endometriose múltipla e artrite reumatoide, entre outras)					
19 - Doenças e transtornos mentais e psiquiátricos (problemas relacionados a depressão, ansiedade, síndrome mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD, entre outras)					
20 - É portador de qualquer outra doença que não se relaciona OU NÃO SE ENCONTRA DESCRITA nas perguntas anteriores? Se sim, informe a qual do diagnóstico e os tratamentos realizados no quadro de informações complementares de página seguinte.					
21 - Indique no Quadro de Peso e Altura as informações sobre você e seus dependentes.					

Quadro de Peso e Altura	DEPENDENTES				
	TITULAR	1	2	3	4
Peso (kg)					
Altura (cm)					



Amil

**SOLICITAÇÃO DE ADESAO
PLANO PESSOA FISICA**

ANS - nº 326305

CONTRATO Nº PF 105-A

Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESAO

APF 139745 1

TIPO DO CONTRATO

☐ Indivíduo Único ☐ Família

DADOS DO RESPONSÁVEL (pessoa de titular ou menor de idade ou não ser responsável financeiro)

Nome											
CPF											
Data de nascimento											
Endereço completo e número											
Cidade											
UF											
CEP											
Telefone residencial											
Telefone celular											

ATIVIDADES OPCIONAIS AOS PLANOS AMIL (para autorizações para o plano AMIL Rodoviário)

AMIL Rodoviário Seguro	AMIL Seguro Saúde	AMIL Seguro Vida
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

VALORES PREVISTOS DE ACORDO COM TABELA DE VENDAS VIGENTE

plano escolhido	AMIL Rodoviário Seguro	AMIL Seguro Saúde	AMIL Seguro Vida
valor de cada parcela			
valor de cada parcela			

DADOS DO PAGAMENTO DESTA SOLICITAÇÃO

Plano(s) a importância de R\$	
atrasado em dias e/ou	em parcelas
valor de adiantamento por parte da Solicitação de Adesão do plano acima discriminado e encargos	

TRANSFERÊNCIA DE PLANO/INSC (PLANO DE REDUÇÃO DE CARENÇA)ATIVIDADES ESPECIAIS

nome do plano ou atividade original	valor de cada parcela	valor de cada parcela	valor de cada parcela	valor de cada parcela
qual o motivo da transferência de plano ou atividade original?				
valor de cada parcela		ATIVIDADES ESPECIAIS		
		valor de cada parcela		
		valor de cada parcela		

Assinatura do titular ou responsável

Data e hora

Assinatura do responsável financeiro

ANÁLISE TÉCNICA (uso exclusivo da Amil)

Assinatura: RUI A. J. J. J.

		SOLICITAÇÃO DE ADESAO PLANO PESSOA FÍSICA																									
ANS - nº 326305 CONTRATO Nº PF 105-A		Nº DA SOLICITAÇÃO DE ADESAO APF 139745 1																									
		TIPO DE CONTRATO: ☐ Individual Simples ☐ Familiar																									
DADOS DO RESPONSÁVEL (caso de titular ser menor de idade ou não ser responsável financeiro)																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>CPF</td> <td>UF</td> <td>CE</td> <td>Data de nascimento</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Endereço para correspondência</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Complemento</td> <td colspan="2">Bairro</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cidade/UF</td> <td>UF</td> <td>CEP</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefone residencial</td> <td>Telefone comercial</td> <td>Telefone celular</td> </tr> </table>				Nome				CPF	UF	CE	Data de nascimento	Endereço para correspondência				Complemento		Bairro		Cidade/UF		UF	CEP	Telefone residencial		Telefone comercial	Telefone celular
Nome																											
CPF	UF	CE	Data de nascimento																								
Endereço para correspondência																											
Complemento		Bairro																									
Cidade/UF		UF	CEP																								
Telefone residencial		Telefone comercial	Telefone celular																								
OPÇÕES OPCIONAIS AOS PLANOS AMIL (não autorizadas para o plano AMIL Referência)																											
AMIL Hospital Saúde ☐ Sim ☐ Não		AMIL Medicamentos ☐ Sim ☐ Não																									
		AMIL Utilização em Hospício ou Colônia ☐ Sim ☐ Não																									
VALORES PREVISTOS DE ACORDO COM TABELA DE VENDAS VIGENTE																											
Plano escolhido: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Amil Hospital Saúde</td> <td>Amil Medicamentos</td> <td>Amil Utilização em Hospício ou Colônia</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Amil Hospital Saúde	Amil Medicamentos	Amil Utilização em Hospício ou Colônia				Valor de cada parcela: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> </tr> </table>																			
Amil Hospital Saúde	Amil Medicamentos	Amil Utilização em Hospício ou Colônia																									
DADOS DO PAGAMENTO DESTA SOLICITAÇÃO																											
Recibo e importância de R\$ _____																											
data de cheque nº _____ de _____ de _____ valor _____																											
tipo de atendimento por conta de beneficiário de Atividade de plano ativo discriminado e anexo																											
TRANSFERÊNCIA DE PLANO/PCO (PLANO DE REDUÇÃO DE CARENÇA/ATIVIDADES ESPECIAIS)																											
nome do plano/PCO original	nº de contrato	data de início	data de início pagamento																								
código PFC																											
caso não se possa preencher dados, qual o motivo da exclusão de que se trata (descrever)																											
endereço (verificar validade)		PFC ADOTADA código PFC Medicamentos																									
		código PFC Hospital Saúde																									
		código PFC Utilização em Hospício ou Colônia																									
Data de início pagamento do contrato _____																											
Local de emissão _____ Assinatura do responsável _____																											
ANALISE TÉCNICA (uso exclusivo da Amil)																											
espaço para análise técnica																											



[illegible]



**SOLICITAÇÃO DE ADESAO
PLANO PESSOA FISICA**

LEI Nº 9.637, DE 05/09/98
ANS - nº 326305
CONTRATO Nº PF 105-A

PLANO DE SAÚDE

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

PLANO DE SAÚDE: **PLANO DE SAÚDE - PESSOA FISICA**

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

0

CPF

Nome

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Profissão

Religião

Estado Civil

Estado de Saúde

Outros Dados

TIPO DE CONTRATO

☐ Indivíduo ☐ Família

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Banco

Agência

Conta Corrente

CPF

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Parcelado ☐ Adiantado

Parcelas

Adiantado

LEGENDA

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1

CPF

Nome

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Profissão

Religião

Estado Civil

Estado de Saúde

Outros Dados

TIPO DE CONTRATO

☐ Indivíduo ☐ Família

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Banco

Agência

Conta Corrente

CPF

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Parcelado ☐ Adiantado

Parcelas

Adiantado

LEGENDA

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

2

CPF

Nome

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Profissão

Religião

Estado Civil

Estado de Saúde

Outros Dados

TIPO DE CONTRATO

☐ Indivíduo ☐ Família

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Banco

Agência

Conta Corrente

CPF

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Parcelado ☐ Adiantado

Parcelas

Adiantado

LEGENDA

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

3

CPF

Nome

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Profissão

Religião

Estado Civil

Estado de Saúde

Outros Dados

TIPO DE CONTRATO

☐ Indivíduo ☐ Família

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Banco

Agência

Conta Corrente

CPF

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Parcelado ☐ Adiantado

Parcelas

Adiantado

LEGENDA

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

4

CPF

Nome

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Data de Nascimento

Sexo

Profissão

Religião

Estado Civil

Estado de Saúde

Outros Dados

TIPO DE CONTRATO

☐ Indivíduo ☐ Família

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Banco

Agência

Conta Corrente

CPF

FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Parcelado ☐ Adiantado

Parcelas

Adiantado

LEGENDA

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)

TABELA DE UNIC (Nº UNIC)</