



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA JURÍDICA

LEI Nº 9.656, DE 3/6/1998

RJ: Av. Das Américas, 4.200 - bloco 3 - ed. São Paulo - Barra da Tijuca - CEP 22640-907 - CNPJ 29.309.127/0122-66
SP: Av. Nove de Julho, 5.143 - Jardim Paulista - (CEP 01407-200 - CNPJ 29.309.127/0073-43)
DF: Setor Comercial Sul, quadra 6 - bloco A - 3º e 5º andares - ed. Bandeirantes - CEP 70300-910 - CNPJ 29.309.127/0094-78
PR: Alameda Doutor Carlos de Carvalho, 715 - Centro - Curitiba - CEP 80430-180 - CNPJ 29.309.127/0086-68
AlphaVil: Av. Cauaxi, 118 - Barueri - São Paulo - SP - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-67

Para qualquer informação, ligue:
RJ: (21) 3311-1000
SP: (11) 3061-1000
DF: (61) 3217-1000
PR: (41) 3320-1000
ALPHA: (11) 4197-1000

ANS - nº 326305

Nº DO CONTRATO

PJ

DADOS DA EMPRESA

Código da empresa	Nome da empresa					
(complemento - nome da empresa)					Filial	Data da ocorrência
Código do produto	Nome do produto	PRC	AMIL Resgate Saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AMIL Medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AMIL Urgências em Viagens ao Exterior <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DADOS DO TITULAR BENEFICIÁRIO

Nome						
CPF	EC	Data de nascimento			SE	
FILIAÇÃO - nome do pai					Data de nascimento	
Nome da mãe					Data de nascimento	
Endereço para correspondência (nome do logradouro)						Número
Complemento			Bairro			
Município				UF	CEP	E-mail
Telefone residencial		Telefone comercial		Ramal	Telefone celular	

CONTA CORRENTE PARA REEMBOLSO

Nome do banco	Banco nº	Agência nº	Conta corrente nº
---------------	----------	------------	-------------------

LEGENDAS

TABELA DE GRAU DE PARENTESCO (GP)
(1) PAIMÃE (2) CÔNJUGE (3) FILHO/FILHA (4) OUTROS

TABELA DE ESTADO CIVIL (EC)
(1) SOLTEIRO (2) CASADO (3) VIÚVO (4) SEPARADO (5) DIVORCIADO (6) OUTROS

TABELA DE SEXO (SE)
F - FEMININO M - MASCULINO

DADOS DOS DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS

1	Nome						
	CPF	Cód. do produto	GP	EC	Data de nascimento		SE
	Nome da mãe						Data de nascimento
2	Nome						
	CPF	Cód. Do produto	GP	EC	Data de nascimento		SE
	Nome da mãe						Data de nascimento
3	Nome						
	CPF	Cód. Do produto	GP	EC	Data de nascimento		SE
	Nome da mãe						Data de nascimento
4	Nome						
	CPF	Cód. Do produto	GP	EC	Data de nascimento		SE
	Nome da mãe						Data de nascimento

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

Inclusão <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	Alteração <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Data de nascimento	Mudança de plano de _____ para _____	Exclusão <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Dependente direto <input type="checkbox"/> Outro dependente	<input type="checkbox"/> Segunda via de cartão
--	--	--	--------------------------------------	--	--

OUTROS DADOS

Nº do contrato	Matrícula	Adm. Na empresa/assoc.	Cargo
----------------	-----------	------------------------	-------

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO (S) DEPENDENTE (S)	RESPONDA ESCREVENDO "SIM" OU "NÃO"				
	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)
1- Doenças de veias arteriais (como varizes, aneurisma, trombozes e má circulação, entre outras)					
2- Doenças do aparelho cardiocirculatório (angina, infarto, pressão alta, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores e doenças cardíacas congênitas, entre outras)					
3- Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, obesidade e obesidade mórbida, entre outras)					
4- Doenças do aparelho digestivo (cálculo biliar, doença do fígado, doenças dos intestinos, hemorróidas e fístulas, entre outras)					
5- Hérnias (todos os tipos: inguinais, umbilicais e incisionais, entre outras)					
6- Doenças do sangue ou imunológicas (anemias, púrpuras e talassemias, entre outras)					
7- Doenças do aparelho geniturinário (cálculos infecções dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra e transplantados, entre outras)					
8- Doenças do sistema nervosa e cerebrovasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e síndrome de Down, entre outras)					
9- Doenças de ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio de septo, sinusites e amigdalites, entre outras)					
10- Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema e pneumonia de repetição, entre outras)					
11- Doenças ortopédicas (artrose, Hérnia de disco, deformidade óssea, osteoporose, lesão ligamentar, lesão de tendão, desvio de coluna, deformidades ósseas congênitas e fraturas de repatição, entre outras)					
12- Doenças ginecológicas e da mama (mioma, perineo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras)					
13- Doenças relacionadas ao HIV (Aids e suas complicações, infecciosas e degenerativas)					
14- Doenças ou tumorações benignas ou malignas (leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de câncer)					
15- Atraso menstrual e gravidez, complicações da gestão complicações do parto e ameaça de aborto.					
16- Doença dos órgãos genitais masculinos (prostata, hidrocele, fimose, criptorquidia, parafimose, impotência e doença de peyronie, entre outras)					
17- Doença oftalmológica e alterações e alterações de refração (ceratocónea, glaucoma, catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia e uso de lentes corretivas, entre outras)					
18- Doença do colágeno (auto-ímenes) (lúpus eritematoso, esclerose múltipla e artrite reumatoide, entre outras)					
19- Doença e transtornos mentais e psiquiátricos (psicose maniaco-depressiva, depressão, esquizofrenia, retardamento mental, uso de drogas com álcool, opiáceos, maconha, cocaína e LSD, entre outras)					
20- 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)					
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.					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações prestadas por mim, na declaração de Saúde, livre e espontaneamente, são verdadeiras e completas e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento do artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que, "se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, emitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta", perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos.

ENTREVISTA QUALIFICADA

1. Declaro que fui orientado por médico credenciado da Amil no preenchimento da declaração de Saúde.
2. Declaro que fui orientado por meu médico particular no preenchimento da declaração de saúde.
3. Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde e que dispensei a orientação para responder às mesmas, assumindo total responsabilidade por mim prestadas.

Marque com um "x" a opção escolhida: (1) (2) (3) Assinatura: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS COMPLEMENTARES

Autorizo que médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas enviem à Amil as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, incluindo diagnósticos de doenças, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.

Sim Não Assinatura: _____

Declaro para todos os fins e efeitos:

1. Que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Particulares deste contrato, seus aditivos e anexos, inclusive quanto aos prazos de carência constantes das cláusulas, não tendo nenhuma dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à Amil estabelecer as reduções desses prazos;
2. Que só terei cobertura, eu e meus dependentes, com relação às doenças preexistentes e às doenças declaradas na Declaração de Saúde, bem como as suas complicações e consequências, após cumprir 24 (vinte e quatro) meses de carência para qualquer tipo de atendimento, exceto emergência, ou melhor, a cobertura parcial temporária, tal qual como definida nas Resoluções da lei Nº9.656, de 3 de Junho de 1998;
3. Que tenho conhecimento de que a Solicitação de Adesão deverá estar processada na Amil até 72 horas da data da sua assinatura;
4. Que tenho ciência de que este documento e as suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a Amil poderá não aceitar este documento, sendo motivo para novo pedido de adesão.
5. Declaro, que tive conhecimento da opção de Agravo ou de Cobertura Parcial Temporária (CTP), optando, assim, pelo atual valor do plano com a opção de Cobertura Parcial Temporária (CTP) em detrimento do Agravo.

Local e Data

Assinatura da Contratante/responsável

Assinatura do corretor

ANÁLISE TÉCNICA (uso exclusivo da Amil)