



Rua Jundiá, 644 - Tirol
Teleatendimento 24h: 3203-1000

PROPOSTA DE ADEÇÃO PLANO EMPRESARIAL

ANS - nº 411264

Lei Nº 9656 de 03/06/1998
Contrato PJR 007

CORRETOR RESPONSÁVEL:		Código do Corretor										
PLANOS: Convencional <input type="checkbox"/> Referência QC <input type="checkbox"/> Medicus QC <input type="checkbox"/> Medicus QP <input type="checkbox"/> Opções QP		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
Co-participativo <input type="checkbox"/> Medicus QC 20% <input type="checkbox"/> Medicus QP 20%												
ACOMODAÇÃO: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento		Data da Assinatura										
CÓDIGO DO PRC: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							CÓDIGO EMPRESA:	FILIAL:				

ATENÇÃO

ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS OU EMENDAS E ENVIAR EM ANEXO:
TITULAR: CÓPIAS LEGÍVEIS DO CPF, RG E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.
DEPENDENTES: CÓPIA DO CPF, RG E CERTIDÃO DE CASAMENTO (ESPOSA/ESPOSO)

Pessoa Jurídica/CONTRATANTE (Razão Social)					Telefone Empresa
Titular			Cód. Produto	Valor da Mensalidade	
Filiação Pai					
Mãe					
CPF	EC	Data de Nascimento	Sexo	Endereço para correspondência	
Número	Complemento		Bairro	Município	
UF	DDD	Telefone Residencial	Celular	E-mail	

DADOS DOS DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS							
	Nome	Código Produto	GP	EC	Data de Nascimento	Sexo	Valor da Mensalidade
D/1	Mãe						
	Mãe						
D/2	Mãe						
	Mãe						
D/3	Mãe						
	Mãe						
D/4	Mãe						
	Mãe						
D/5	Mãe						
	Mãe						

LEGENDA

GRAU DE PARENTESCO (GP): (1) Pai/Mãe (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outros

ESTADO CIVIL (EC): (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros

VALORES CORRESPONDENTES AO PLANO ESCOLHIDO, RELATIVO AO PRIMEIRO PAGAMENTO

Taxa de Adesão R\$ _____ Valor Total da Proposta R\$ _____

Local e Data _____ Assinatura do Contratante/Responsável _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ANS - nº 411264

Documento de Informações Pessoais dos Beneficiários - Pessoa Jurídica

Lei Nº 9656 de 03/06/1998
Contrato PJR 007

PREENCHIMENTO PELO PROPONENTE TITULAR, POR SI E PELO(S) DEPENDENTE(S)	RESPOSTA ESCRREVENDO "SIM" OU "NÃO"						
	Grupo CID	PÁG.	TIT (0)	DEP (1)	DEP (2)	DEP (3)	DEP (4)
01 - Doenças das veias (como varizes, entre outras)	180-189	58					
02 - Doenças do aparelho cardio-circulatório (angina, infarto, pressão alta, entre outras)	100-152	56-57					
03 - Doenças endócrinas ou metabólicas (como diabetes, tireóide, entre outras)	E00-E90	45-47					
04 - Doenças do aparelho digestivo (vesícula, fígado, intestino, entre outras)	K00-K38 K50-K93	61-63					
05 - Hérnia de qualquer tipo (inguinal, umbelical, incisional, entre outras)	K40-K46	61					
06 - Doenças do sangue ou imunológicas (anemia, púrpura, talassemia, entre outras)	D50-D89	43-44					
07 - Doenças do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecção nos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, entre outras)	N00-N39	68-69					
08 - Doenças no sistema nervoso e cérebro-vasculares (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, entre outras)	G00-G99 160-179	50-52 57-58					
09 - Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição audição, desvio septo, sinusites, amigdalites, entre outras)	H80-H95 J30-J39	55 59					
10 - Doenças crônicas do aparelho respiratório (asma, bronquite, efisema, pneumonia de repetição, entre outras)	J40-J47	59					
11 - Problemas ortopédicos (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, entre outras)	M00-M99	65-68					
12 - Doenças ginecológicas e de mama (períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, entre outras)	M70-N98 N60-N64	70-71 70					
13 - Doenças relacionadas ao HIV (aids ou suas complicações infecciosas ou degenerativas)	B20-B24	36					
14 - Doenças ou tumorações benignas ou malignas (cânceres, leucemias, carcinomas)	C00-C97 D00-D48	39-41 42-43					
15 - Atraso menstrual e gravidez ou complicações do parto	O00-O99	71-73					
16 - Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, hidrocele, fimose, entre outras)	N40-N51	69-70					
17 - Doenças ou má-formações congênitas ou hereditárias	Q00-Q99	76-79					
18 - Doenças dos olhos e anexo (catarata, glaucoma, miopia, hipermetropia, estrabismo)	H00-H59	53-54					
19 - Transtornos e do comportamento (depressão, esquizofrenia, neuroses, retardo mental, entre outros)	F00-F09 F20-F99	47-50					
20 - Transtornos mentais e do comportamento pelo uso de drogas (álcool, apíáceos, maconha, cocaína, LSD, entre outras)	F10-F19	47-48					
21 - Peso:							
22 - Altura:							

PARA QUALQUER RESPOSTA AFIRMATIVA, ESCLARECER ABAIXO

ITEM ACIMA	PROONENTE	ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Neste ato autoriza expressamente qualquer profissional de saúde, Laboratório, Clínica, Hospital, outras instituições médico-hospitalares, operadoras de planos e de seguros de saúde, outras organizações ou pessoas, a fornecerem à AMIL quaisquer informações relacionadas à minha saúde e à de meus dependentes e/ou beneficiários pelos quais sou responsável. Sim Não

Assinatura do contrato/responsável: _____

DECLARAÇÃO

Na condição de usuário - titular desta Proposta de Admissão, presto a seguinte declaração, por minha livre e espontânea vontade, confirmando:

- Que são fiéis, verdadeiras e completas todas as informações constantes desta Proposta de Admissão pelas quais assumo inteira responsabilidade, comprometendo-me a comprová-las.
- Que os dependentes por mim indicados, participarão do mesmo plano que eu participo.
- Que estou ciente das coberturas do plano por mim escolhido e das "Condições Gerais" do respectivo contrato firmado com a Pessoa Jurídica, com a qual sou vinculado.
- Confirmando que estou ciente dos termos do novo Código Civil Brasileiro no seu Artigo 766 - Lei nº 10406/2002 e o Artigo 13 inciso e da Lei 9656/1998 que prevê o seguinte: "Se eu não fizer declaração verdadeira e completa, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da minha Proposta de Admissão ou no valor de minha mensalidade, perderei o direito às coberturas contratuais e pagarei as mensalidades vencidas".
- Estou ciente de que com menos de 1 (um) ano de vigência, este contrato não poderá ser unilateralmente rescindido pela parte contratante, sob pena de multano valor de 50% das mensalidades a vencer.

Assinatura e Carimbo da Empresa Contratante

Assinatura do Titular Responsável

Nome do Corretor: _____

Concessionária: _____

Assinatura do Corretor: _____

Assinatura do Responsável/Concessionária: _____

Local e Data

Assinatura do Contratante Responsável