



Proposta Contratual Pessoa Jurídica até 99 Beneficiários

Contrato nº

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Matriz São Paulo: Av. Dr. Chucri Zaidan, S/N – Edif. Tr. B Emp. EZ Towers – Andares 6º, 7º, 8º, 9º, 16º, 20º e 23º – Vila São Francisco (Zona Sul) – CEP 04711-130 – SP – CNPJ 29.309.127/0001-79

Folha 1/1

Filial Operacional Rio de Janeiro – Av. Barão de Tefe, 34 – 5º ao 12º Andar – Saúde – CEP 20220-460 – Rio de Janeiro – RJ – CNPJ 29.309.127/0122-66

Filial Operacional Olinda – Av. Ministro Marcos Freire, 1.416 – Sítio Rio Tapado – Bairro Novo – CEP 53130-240 – Olinda – PE – CNPJ 29.309.127/0167-68

Filial Operacional Brasília – ST Smas, 6.580 – Bloco 02 – Sl. 601 a 604 – Zona Industrial (GUARA) C- CEP 71219-010 – Brasília – DF – CNPJ 29.309.127/0094-78

Filial Operacional Curitiba – R. Ermiliano Pernetá, 480 – Lj. – 8º Andar – Centro – CEP 80420-080 – Curitiba – PR – CNPJ 29.309.127/0186-68

Filial Operacional Guarulhos – Av. Salgado Filho, 517 – Pavimento Superior – Centro – Guarulhos – SP – CEP 07115-000

Para qualquer informação, ligue SAC: 0800-021-2583 SAC (deficiente auditivo): 0800-021-1001

Dados do Corretor

Cód. do Produtor CNPJ	Nome do Produtor /Nome da Corretora PJ	Cód. do Gerente/ Supervisor	Nome do Gerente (Supervisor)
CPF do Produtor/Corretor	Nome do Produtor/Corretor	Telefone do Produtor/Corretor	

Dados da Empresa Proponente*

CNPJ	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal
Razão Social		

Endereço da Empresa Proponente*

CEP	Logradouro	Número	Complemento
Bairro	Município	UF	

Endereço de Correspondência da Empresa Proponente*

CEP	Logradouro	Número	Complemento
Bairro	Município	UF	

Dados do Contato*

Nome		Cargo
DDD	Telefone	E-mail

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

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Proponente

I - Dados do Produto Segmentação Referência

PRODUTOS CONTRATADOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA

FAIXA
ETÁRIA



REFERÊNCIA

ANS 466.032/11-3

Segmentação: REFERÊNCIA (AMB. + HOSP. COM OBSTETRÍCIA)

Acomodação: QUARTO COLETIVO

Abrangência: NACIONAL

Reembolso: NÃO

Quantidade de Beneficiário

Valor (R\$)

00 a 18

19 a 23

24 a 28

29 a 33

34 a 38

39 a 43

44 a 48

49 a 53

54 a 58

> 59

OFERTA DE PLANO REFERÊNCIA

☐ A PROPONENTE declara
que teve acesso ao plano
referência e que o recusa.

II - Dado(s) do(s) Produto(s) Contratado(s)

PRODUTOS CONTRATADOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA

FAIXA
ETÁRIA

Nome do Produto:

Nº do Registro ANS:

*Segmentação: ☐ A + H ☐ A + H + OB ☐ A+H+O
☐ A+H+O+OB ☐ Ambulatorial
☐ H+OB ☐ Hospitalar

Acomodação: ☐ Individual ☐ Coletivo

Abrangência: ☐ Estadual ☐ Grupo de Estados
☐ Grupo de Municípios
☐ Municipal ☐ Nacional

Reembolso: ☐ Sim ☐ Não

Coparticipação: ☐ Sim ☐ Não

Quantidade de Beneficiários

Valor (R\$)

00 a 18

19 a 23

24 a 28

29 a 33

34 a 38

39 a 43

44 a 48

49 a 53

54 a 58

> 59

*LEGENDA: A+H = Ambulatorial + Hospitalar; A+H+OB = Hospitalar Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia; A+H+O = Ambulatorial + Hospitalar + Odontológico;
A+H+O+OB = Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico, Ambulatorial = Ambulatorial; H+OB = Hospitalar com Obstetrícia; Hospitalar = Hospitalar.

Cidades de Abrangência

UF	Município

UF	Município



Proposta Contratual Pessoa
Jurídica até 99 Beneficiários

Contrato nº

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Folha

II - Dado(s) do(s) Produto(s) Contratado(s)

PRODUTOS CONTRATADOS – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Nome do Produto:

Nº do Registro ANS:

Segmentação: Odontológica

Abrangência: Nacional

Reembolso: ☐ Sim ☐ Não

Coparticipação: ☐ Sim ☐ Não

Quantidade de
Beneficiário

Valor Único
(R\$)

Desconto
(R\$)

Valor Total
(R\$)

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Proponente



Proposta Contratual Pessoa Jurídica até 99 Beneficiários

Contrato nº

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Folha

Resumo de Valores

1. Produtos e Aditivos

Produtos	Número de Beneficiários	Valor Unitário (R\$)	Valor Calculado (R\$)	Desconto (%)	Valor Total (R\$)
Plano Médico					
Plano Odontológico					
Valor Total dos Produtos					

2. Taxas de implantação

Plano	Valor (R\$)
Taxa do Plano Médico	
Taxa do Plano Odontológico	
Valor Total das Taxas	

3. Total devido

Valor Total Geral (Produtos + Taxas)	
--------------------------------------	--

☐ A PROPONENTE deseja receber as futuras cobranças por meio digital.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Proponente

TERMO DE CIÊNCIA E ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA

("CONTRATO")**A PROPONENTE** _____

(razão social da contratante), qualificada na Proposta Contratual nº _____, declara que tem ciência de:

- 1 Acesso ao Contrato:** teve acesso ao texto integral das Condições Gerais do Contrato, tomou conhecimento de todas as suas cláusulas e está de pleno acordo com as disposições ali contidas, não manifestando reserva ou ressalva quanto a nenhum de seus termos; **2 Preenchimento da Proposta:** este documento não poderá ser rasurado, tampouco poderão ser rasuradas suas cópias. Em caso de rasura, a AMIL está autorizada a rejeitar tais documentos, e a PROPONENTE deverá preencher nova Proposta Contratual; **3 Natureza da Proposta:** esta Proposta Contratual tem caráter provisório e deverá ser submetida à avaliação por parte da AMIL. Esta Proposta Contratual não delimita início de cobertura assistencial a beneficiários da PROPONENTE nem substitui os termos constantes em contrato que eventualmente vier a ser celebrado com a AMIL; **4 Plano Referência:** existe um Plano Referência com abrangência nacional e quarto coletivo, que foi oferecido à PROPONENTE e que esta recusou; **5 Início de Vigência:** que, caso a Proposta Contratual seja aprovada, a vigência do contrato terá início com a confirmação de pagamento da primeira contraprestação pecuniária, a não ser que a PROPONENTE e a AMIL negociem uma data diversa e desde que não tenha sido feito nenhum pagamento à AMIL. A PROPONENTE declara-se ciente, ainda, de que o dia do pagamento será considerado como data de vencimento dos boletos seguintes; **6 Data de Vencimento e Pagamentos:** que, iniciada a vigência do contrato com a efetivação do pagamento, o vencimento da segunda contraprestação ocorrerá 30 (trinta) dias após a data de início de vigência, no dia do mês correspondente à data do primeiro pagamento; que o boleto para pagamento será enviado pela AMIL por e-mail e que nenhum pagamento será devido à AMIL antes do envio deste boleto; que ao receber o boleto, deverá confirmar se o emitente é a AMIL e que, em caso negativo, está ciente de que deverá entrar em contato com a AMIL; **7 Rede Credenciada:** o acesso à rede credenciada ou referenciada do contrato será disponibilizado pelo site e pelo aplicativo AMIL; **8 Mecanismo de Regulação:** Tenho ciência que a CONTRATADA poderá utilizar-se de meios digitais de validação (exemplos: biometria facial, digital, geolocalização, token entre outros) para efeito de identificação positiva dos BENEFICIÁRIOS, no momento da utilização dos serviços cobertos pelo contrato, de acordo com os meios disponíveis no momento e local do atendimento; **9 Carência:** que eventual redução ou isenção dos prazos de carência não altera o contrato, sobretudo no que se refere a exclusões e limites de cobertura; **9.1 Transferência de Plano:** em caso de transferência de plano será aplicado prazo de carência de 180 dias para atendimento em novos credenciados (médicos, prestadores ambulatoriais e hospitais), novas coberturas, que não faziam parte do plano anterior, bem como, novo padrão de acomodação; **10 Documentos aos Beneficiários:** é sua obrigação dar ciência dos termos deste contrato a todos os beneficiários nele incluídos, bem como entregar aos beneficiários titulares, após a assinatura do contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); tem ciência, ainda, de que é obrigação da AMIL enviar ao beneficiário titular o cartão de identificação e o Guia de Leitura Contratual (GLC) (em meio físico ou digital); **11 Reajuste por Agrupamento:** os contratos da AMIL são classificados por porte. No Porte I estão os contratos com 2 a 29 beneficiários e, no Porte II, os contratos com 30 a 99 beneficiários. A PROPONENTE está ciente de que o valor dos reajustes anuais será automaticamente adequado, sempre que houver alteração no porte de seu contrato; **12 Declarações:** o representante legal assume a responsabilidade pelas declarações que tiver feito em nome da PROPONENTE, assumindo, ainda, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta Proposta Contratual, a obrigação pelo pagamento das contraprestações e demais obrigações originadas por este contrato.

**TERMO DE CIÊNCIA E ADESÃO AOS SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS VINCULADOS AO CONTRATO
DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA _____ (“CONTRATO”)**

Coberturas/Serviços Adicionais: a **PROPONENTE** declara: **1** ter recebido as Condições Gerais das Coberturas/Serviços Adicionais contratados, conforme indicado na página denominada “Resumo de Valores a Pagar”, no quadro “Produtos Contratados e Serviços Adicionais”; **2** que tem total conhecimento quanto ao teor das Condições Gerais, inclusive quanto às regras de elegibilidade, prazos e condições de pagamento de cada Cobertura/Serviço Adicional; **3** que concorda com o valor da contraprestação fixada para as referidas Coberturas/Serviços Adicionais, os quais correspondem aos valores contidos na tabela de preços vigente; **4** que os referidos valores serão reajustados de acordo com a periodicidade estabelecida no contrato; **5** ter ciência de que o vencimento da segunda contraprestação ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias após a data de início de vigência do contrato.

**TERMO DE CIÊNCIA E ADESÃO AO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR
PESSOA JURÍDICA _____ (“CONTRATO”) – POR PORTABILIDADE**

Portabilidade de Carência: **1** a proposta contratual tem caráter provisório, e caso não sejam atendidos os requisitos de portabilidade previstos na Resolução Normativa nº 438, a solicitação de portabilidade poderá ser recusada pela AMIL e os prazos de carência descritos no contrato poderão ser aplicados; **2** a AMIL tem o prazo de até 10 (dez) dias para analisar os requisitos referentes à portabilidade; **3** a portabilidade de carência deverá ser exercida individualmente por cada beneficiário indicado na proposta comercial.

Coletivo Empresarial DENTAL 100 PROMO

- 1 Plano Odontológico Contratado:** DENTAL 100 PROMO Segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação, sem previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número: 500949249.
- 2 Adesão com condição promocional:** Ao contratar o plano médico, tenho ciência que posso gozar da promoção de contratar o plano odontológico DENTAL 100 PROMO, nos exatos termos previstos na presente Proposta Comercial e nas Condições Gerais do Contrato, com isenção temporária do valor da mensalidade exclusivamente nos primeiros 12 meses, contados da data de vigência do produto médico. Após esse período, o valor mensal per capita do plano odontológico DENTAL 100 PROMO será cobrado e reajustado regularmente, de acordo com as regras estabelecidas nas Condições Gerais do produto.
2.1 – Fico desde já cientificado de que durante o período promocional de 12 meses:
A – A inclusão de beneficiários, independentemente de sua denominação, no produto médico, implicará na inclusão automática no produto odontológico. Os beneficiários incluídos após a vigência do contrato/produto médico, terão a isenção da cobrança da mensalidade do produto odontológico exclusivamente para o período restante apurado em relação aos 12 primeiros meses de vigência do produto médico.
B – O cancelamento do plano médico ocorrido durante o período promocional implicará no cancelamento automático e sem notificação do plano odontológico.
C – A ocorrência de suspensão de atendimento no produto médico durante o período promocional, implicará na suspensão automática do produto odontológico adquirido em condição promocional
D – Identificada a inadimplência em relação ao pagamento das mensalidades do produto médico, o procedimento regularmente previsto será igualmente aplicável ao produto odontológico.
- 3 Acesso ao Contrato:** Declaro que tive acesso ao texto integral das Condições Gerais do Contrato, tomei conhecimento de todas as suas cláusulas e estou de pleno acordo com as disposições ali contidas, não manifestando reserva ou ressalva quanto a nenhum de seus termos.
- 4 Natureza da Proposta:** Esta Proposta Contratual não delimita o início da cobertura assistencial aos beneficiários indicados na proposta, nem substitui os termos constantes em contrato que eventualmente vierem a ser celebrados com a AMIL.
- 5 Data de Vencimento e Pagamento:** Terminado o período promocional de 12 meses, o vencimento da primeira contraprestação ocorrerá no mês subsequente ao do término promocional, no mesmo dia do mês correspondente à data do pagamento do plano médico. O boleto para pagamento será enviado pela AMIL, por e-mail, e nenhum pagamento será devido à AMIL antes do envio desse boleto. Quando do recebimento do boleto, deverá ser confirmado se o emitente é a AMIL e, em caso negativo, deve-se estar ciente de que deverá entrar em contato com a AMIL.
- 6 Rede Credenciada:** A rede credenciada definida pelo tipo de plano contratado terá suas atualizações no site amil.com.br e no aplicativo.
- 7 Rol de Procedimentos:** O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e estará disponível no site ans.gov.br, além de acessível por meio do site amil.com.br.
- 8 Carência:** Eventual redução ou isenção dos prazos de carência não altera o contrato, sobretudo no que se refere a exclusões e limites de cobertura.
- 9 Documentos dos Beneficiários:** Deverá dar ciência dos termos deste contrato a todos os beneficiários nele incluídos, bem como entregar aos beneficiários titulares, após a assinatura do contrato, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS). Tem ciência, ainda, de que é obrigação da AMIL enviar para o beneficiário o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o cartão de identificação (em meio físico ou digital).
- 10 Declarações:** O representante legal assume a responsabilidade pelas declarações que tiver feito em nome da PROPONENTE, assumindo, ainda, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta Proposta Contratual, a obrigação pelo pagamento das contraprestações e as demais obrigações originadas por este contrato.

ADITIVO DE REDUÇÃO DOS PRAZOS MÁXIMOS DE CARÊNCIA
(Exclusivo para contratos de 2 a 29 beneficiários)

As partes decidem alterar no tema “Carências” das Condições Gerais do Contrato, substituindo os prazos de carência previstos em seus incisos para cada um dos beneficiários indicados na Proposta Contratual, observados os planos escolhidos e as faixas etárias de cada beneficiário, conforme Normas para Promoção de Vendas e tabela de vendas vigente, disponíveis, ambas, no site amil.com.br.

Os Prazos Reduzidos de Carência (PRC) classificam-se por suas numerações, conforme definições a seguir:

PRC 607: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) beneficiários que não tenham sido anteriormente vinculados a nenhuma outra operadora ou, ainda que oriundos de alguma delas, não tenham cumprido o tempo mínimo de permanência exigido nos PRCs 608, 609 ou 617.

PRC 608: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a qualquer outra operadora, com exceção das congêneres, por período de 03 (três) a 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias; ou que tenham sido anteriormente vinculados a operadoras congêneres por período de 03 (três) a 05 (cinco) meses e 29 (vinte e nove) dias e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a Amil não exceda 60 (sessenta) dias.

PRC 609: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a qualquer outra operadora, com exceção das congêneres*, por período superior a 12 (doze) meses e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a Amil não exceda 60 (sessenta) dias.

PRC 617: aplicado aos beneficiários dos contratos coletivos empresariais de 2 (dois) a 29 (vinte e nove) beneficiários que tenham sido anteriormente vinculados a operadoras congêneres* por período superior a 06 (seis) meses e desde que o prazo entre a rescisão contratual com a operadora anterior e a vigência do contrato celebrado com a Amil não exceda 60 (sessenta) dias.

*A lista de operadoras congêneres está disponível no site amil.com.br, na área de informações complementares ao contrato.

COBERTURA*	CARÊNCIA CONTRATUAL PADRÃO – PJ	SEM PLANO ANTERIOR	COM PLANO ANTERIOR DE 3 A 12 MESES (SEM CONGÊNERE) OU DE 3 A 5 MESES (COM CONGÊNERE)	COM PLANO ANTERIOR SEM CONGÊNERE (ACIMA DE 12 MESES)	COM PLANO ANTERIOR COM CONGÊNERE (ACIMA DE 6 MESES)
	PRC 606	PRC 607	PRC 608	PRC 609	PRC 617
Consulta em pronto-socorro	0 dia	0 dia	0 dia	0 dia	0 dia
Consultas eletivas em consultórios, clínicas ou centros médicos	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0 dia
Exames e procedimentos básicos em regime ambulatorial, exceto terapias	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0 dia
Exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0 dia
a) exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0 dia
b) exames de ultrassonografia	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0 dia
c) TC, RNM, neurorradiologia, cardiografia, mielografia, radiologia intervencionista	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0 dia
d) exames de hemodinâmica, exames cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0 dia
e) procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0 dia
f) hemodinâmica terapêutica e angioplastias (não relacionadas com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0 dia
g) quimioterapia e radioterapia (não relacionadas com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	90 dias
h) procedimentos para litotripsia	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0 dia
i) videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0 dia
j) procedimentos para artroscopia	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0 dia
k) diálise ou hemodiálise (não relacionadas com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	150 dias	90 dias	90 dias
l) hemoterapia	180 dias	90 dias	90 dias	90 dias	90 dias

COBERTURA*	CARÊNCIA CONTRATUAL PADRÃO – PJ	SEM PLANO ANTERIOR	COM PLANO ANTERIOR DE 3 A 12 MESES (SEM CONGÊNERE) OU DE 3 A 5 MESES (COM CONGÊNERE)	COM PLANO ANTERIOR SEM CONGÊNERE (ACIMA DE 12 MESES)	COM PLANO ANTERIOR COM CONGÊNERE (ACIMA DE 6 MESES)
	PRC 606	PRC 607	PRC 608	PRC 609	PRC 617
Internações em geral (não relacionadas com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0 dia
Cirurgias em regime de day-hospital (não relacionadas com doenças preexistentes)	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0 dia
Terapias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Internações para obstetrícia e neonatologia	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

Em nenhuma das hipóteses acima haverá redução do prazo de eventual Cobertural Parcial Temporária (CPT) imputada em decorrência das doenças e lesões preexistentes declaradas no momento da contratação, permanecendo inalterado o disposto no tema “Doenças e Lesões Preexistentes” das condições gerais do contrato.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A **PROPONENTE** declara ter ciência de que o presente Termo Aditivo somente terá validade após aprovação por parte da **AMIL** de toda a documentação requerida. Caso a documentação submetida à **AMIL** não seja apta à comprovação dos requisitos indicados nos PRCs, permanecem inalterados os termos do contrato e os prazos de carência serão aplicados, conforme o contrato celebrado entre as partes.

Local e data: _____

Número da proposta contratual: _____

Nome do responsável legal da empresa contratante: _____

CPF: _____

Nome do corretor: _____ CPF: _____

Amil Assistência Médica Internacional S.A.

Assinatura do Corretor

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Proponente

1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.



Termo de Ciência e Declaração do Proponente

Contrato nº

Nº da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Considerando que Proponente e AMIL concluíram as negociações que resultaram na celebração do contrato, declara o Proponente que foi orientado da isenção da coparticipação para os produtos abaixo, somente nos primeiros 12 meses de vigência do contrato e nas seguintes condições:

- (I) Ao contratar os produtos Amil S380, Amil S450 e Amil S750, os beneficiários incluídos no momento da contratação, não estarão sujeitos à cobrança de coparticipação nos atendimentos de consultas, exames e procedimentos realizados nas unidades do Amil Espaço Saúde (AES), de acordo com a abrangência do produto contratado;
- (II) Ao contratar os produtos Prata, Ouro, Platinum, Platinum Mais e Black, os beneficiários incluídos no momento da contratação, não estarão sujeitos à cobrança de coparticipação nos atendimentos de consultas, exames, procedimentos e internação realizados na rede Amil Total Care, de acordo com a abrangência do produto contratado;
- (III) Ao contratar os produtos Bronze (SP, RJ, SP Mais, RJ Mais, DF e PR), os beneficiários incluídos no momento da contratação, não estarão sujeitos à cobrança de coparticipação nos atendimentos de consultas Eletivas e Pronto Socorro realizados na rede Amil Total Care, de acordo com a abrangência do produto contratado.

Este benefício comercial é por tempo limitado, e pode ser suspenso a qualquer momento pela Operadora, automaticamente, após os 12 meses iniciais de vigência do contrato e sem aviso prévio.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Proponente