

# FIXE!

## Plano de saúde AMIL é com a Affix.

### TABELA EXCLUSIVA PARA AS VENDAS DAS VIGÊNCIAS JULHO/2019.

TABELA A

PLANO	AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700	AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700	AMIL REFERÊNCIA	
	COM COPARTICIPAÇÃO				SEM COPARTICIPAÇÃO					
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
CÓDIGO ANS	472.929.143	472.931.145	472.933.141	472.830.141	472.930.147	472.932.143	472.828.149	472.831.149	466.034.110	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R\$ 396,66	R\$ 450,97	R\$ 491,97	R\$ 619,36	R\$ 466,66	R\$ 530,56	R\$ 578,79	R\$ 728,65	R\$ 837,59
	19 a 23 anos	R\$ 495,84	R\$ 563,72	R\$ 614,96	R\$ 774,21	R\$ 583,32	R\$ 663,20	R\$ 723,49	R\$ 910,82	R\$ 1.046,99
	24 a 28 anos	R\$ 619,80	R\$ 704,65	R\$ 768,70	R\$ 967,75	R\$ 729,14	R\$ 829,00	R\$ 904,36	R\$ 1.138,52	R\$ 1.308,75
	29 a 33 anos	R\$ 681,77	R\$ 775,12	R\$ 845,56	R\$ 1.064,53	R\$ 802,06	R\$ 911,90	R\$ 994,79	R\$ 1.252,37	R\$ 1.439,62
	34 a 38 anos	R\$ 715,85	R\$ 813,88	R\$ 887,84	R\$ 1.117,77	R\$ 842,16	R\$ 957,51	R\$ 1.044,53	R\$ 1.315,01	R\$ 1.511,59
	39 a 43 anos	R\$ 787,44	R\$ 895,27	R\$ 976,65	R\$ 1.229,55	R\$ 926,38	R\$ 1.053,27	R\$ 1.148,96	R\$ 1.446,50	R\$ 1.662,75
	44 a 48 anos	R\$ 984,31	R\$ 1.119,09	R\$ 1.220,81	R\$ 1.536,94	R\$ 1.157,97	R\$ 1.316,58	R\$ 1.436,21	R\$ 1.808,13	R\$ 2.078,43
	49 a 53 anos	R\$ 1.082,74	R\$ 1.230,99	R\$ 1.342,89	R\$ 1.690,62	R\$ 1.273,78	R\$ 1.448,24	R\$ 1.579,83	R\$ 1.988,93	R\$ 2.286,29
	54 a 58 anos	R\$ 1.353,43	R\$ 1.538,73	R\$ 1.678,62	R\$ 2.113,28	R\$ 1.592,24	R\$ 1.810,31	R\$ 1.974,79	R\$ 2.486,16	R\$ 2.857,86
	+ de 59 anos	R\$ 2.368,50	R\$ 2.692,79	R\$ 2.937,59	R\$ 3.698,25	R\$ 2.786,42	R\$ 3.168,04	R\$ 3.455,86	R\$ 4.350,78	R\$ 5.001,27

TABELA B

PLANO	AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700	AMIL 400		AMIL 500	AMIL 700	AMIL REFERÊNCIA	
	COM COPARTICIPAÇÃO				SEM COPARTICIPAÇÃO					
ACOMODAÇÃO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	APARTAMENTO	APARTAMENTO	ENFERMARIA	
CÓDIGO ANS	472.929.143	472.931.145	472.828.149	472.831.149	472.930.147	472.932.143	472.933.141	472.830.141	466.034.110	
FAIXA ETÁRIA	0 a 18 anos	R\$ 331,90	R\$ 377,36	R\$ 411,65	R\$ 518,25	R\$ 390,48	R\$ 443,94	R\$ 484,30	R\$ 609,69	R\$ 820,00
	19 a 23 anos	R\$ 414,88	R\$ 471,71	R\$ 514,57	R\$ 647,83	R\$ 488,10	R\$ 554,93	R\$ 605,37	R\$ 762,12	R\$ 1.025,01
	24 a 28 anos	R\$ 518,61	R\$ 589,63	R\$ 643,21	R\$ 809,79	R\$ 610,12	R\$ 693,67	R\$ 756,71	R\$ 952,64	R\$ 1.281,40
	29 a 33 anos	R\$ 570,47	R\$ 648,61	R\$ 707,53	R\$ 890,76	R\$ 671,13	R\$ 763,03	R\$ 832,39	R\$ 1.047,93	R\$ 1.409,39
	34 a 38 anos	R\$ 599,00	R\$ 681,03	R\$ 742,91	R\$ 935,30	R\$ 704,68	R\$ 801,19	R\$ 874,01	R\$ 1.100,33	R\$ 1.479,86
	39 a 43 anos	R\$ 658,90	R\$ 749,13	R\$ 817,21	R\$ 1.028,82	R\$ 775,15	R\$ 881,31	R\$ 961,40	R\$ 1.210,35	R\$ 1.627,84
	44 a 48 anos	R\$ 823,63	R\$ 936,41	R\$ 1.021,52	R\$ 1.286,03	R\$ 968,93	R\$ 1.101,64	R\$ 1.201,75	R\$ 1.512,93	R\$ 2.034,80
	49 a 53 anos	R\$ 906,00	R\$ 1.030,06	R\$ 1.123,65	R\$ 1.414,64	R\$ 1.065,83	R\$ 1.211,81	R\$ 1.321,92	R\$ 1.664,24	R\$ 2.238,29
	54 a 58 anos	R\$ 1.132,51	R\$ 1.287,58	R\$ 1.404,56	R\$ 1.768,30	R\$ 1.332,29	R\$ 1.514,77	R\$ 1.652,40	R\$ 2.080,31	R\$ 2.797,86
	+ de 59 anos	R\$ 1.981,88	R\$ 2.253,25	R\$ 2.457,99	R\$ 3.094,54	R\$ 2.331,49	R\$ 2.650,85	R\$ 2.891,71	R\$ 3.640,53	R\$ 4.896,25

REAJUSTE: MAIO/2020

amil

Affix  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS	AMIL 400			AMIL 500			AMIL 700		
	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL	COPARTICIPAÇÃO	LIMITE AVULSO	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínicas	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Consulta hospitalar - PS	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 70,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Nutrição	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Quimioterapia	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00
Radioterapia	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00
Diálise	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00	30%	-	R\$ 50,00
Internação	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-	-

## REEMBOLSO

### TABELA DE MÚLTIPLOS REEMBOLSO

GRUPO DE BENEFÍCIOS	AMIL 400	AMIL 500	AMIL 700
Consultas	R\$ 105,00	R\$ 140,00	R\$ 210,00

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### TITULAR

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa;
- Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 13 anos;
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).
- Em caso de titular estudante, obrigatório documentação do responsável legal.

### DEPENDENTES

#### Cônjuge

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Companheiro(a)

- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Filho(a) solteiro(a), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### Filho(a) inválido(a) de qualquer idade e declarado no Imposto de Renda do Titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da autenticada do atestado de Invalidez emitido pelo INSS.
- Cópia da declaração do Imposto de Renda do titular.

#### Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão oficial;

OBS.: Caso a adoção seja extinta cabe a Operadora o direito de exclusão do dependente.

#### ENTEADO(A), com até 23 anos e 11 meses e 29 dias.

#### Titular casado

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade

a partir de 14 anos;

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia de Certidão de Casamento.

#### Titular companheiro(a)

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF obrigatório para beneficiários com idade a partir de 14 anos;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Declaração comprovada da união estável por meio de declaração pública de união estável (realizada em cartório de títulos e documentos).

**ATENÇÃO: TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).**

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.

## ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Atendimento Nacional.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Mês do reajuste anual: **MAIO**.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada sempre no mês de **MAIO**, de acordo com o cronograma de movimentação, mediante a prévia autorização da operadora. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará na transferência de todos os seus beneficiários dependentes. A transferência para planos com categoria de rede e acomodação superiores acarretará no cumprimento de 180 (cento e oitenta) dias de carências a cumprir.

## Tabela de Vendas

TABELA NET E VENDAS AMIL			
NOME DO PRODUTO	DENTAL 200 R DOC	DENTAL WIN PRÓTESE	DENTAL WIN ORTODONTIA
Nº REGISTRO DO PRODUTO	<a href="#">474620151</a>	<a href="#">479134177</a>	<a href="#">479136173</a>
VALOR COMERCIAL	R\$ 34,16	R\$ 119,47	R\$ 152,72

## Carências

Carências	Tipo
24 horas	Urgência/emergência;
60 dias	Consultas, Diagnóstico, Cirurgia, Disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia, radiologia e ortodontia (instalação de aparelho fixo);
180 dias	Procedimentos de prótese, ortodontia (manutenção), clareamento e implante.

## QUEM PODE ADERIR - TABELA A

ANS - nº 32.630-5

ENTIDADE	PÚBLICO	DOCUMENTAÇÃO	TAXA
<b>ABRAIN</b> Associação Brasileira da Informática	Os profissionais com formação técnica em informática ou formação superior em tecnologia da informação. Os demais associados, funcionários e sócios das empresas, não possuem elegibilidade.	RG, CPF, cópia do diploma ou certificado autenticado ou cópia da carteira profissional e declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 5,00
<b>ABREC</b> Associação Brasileira Empresarial e Comercial	Os comerciantes que atuem no comércio atacadista, varejista, serviços e turismo (ME, MEI, CNPJ).	RG, CPF, cópia do Contrato Social ou Firma Individual (MEI ou Requerimento de empresário com nº do CNPJ) e declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 5,00
<b>ANMEP</b> Associação Nacional de Micro Empresários e Profissionais Liberais	Profissional liberal e, em especial, Administradores, Arquitetos, Assistentes Sociais, Atuários, Advogados, Biomédicos, Biólogos, Contabilistas, Corretores de Seguros, Corretores de Imóveis, Dentistas, Economistas, Enfermeiros, Engenheiros, Estatísticos, Farmacêuticos, Filósofos, Físicos, Fisioterapeutas, Geólogos, Jornalistas, Médicos, Músicos, Pedagogos, Professores, Psicólogos, Publicitários, Químicos, Representantes Comerciais, Sociólogos, Técnicos Contábil, Técnicos em Enfermagem, Técnicos em Laboratório, Técnicos em Radiologia, Técnicos em Telecomunicações, Técnicos em Segurança do Trabalho, Técnicos Agrícolas, Teólogos, Veterinários, Zootecnistas e Profissionais de Informática, Comércio Exterior, Gastronomia, História, Hotelaria, Letras, Matemática e Turismo, bem como Profissionais de Teatro, Rádio e Televisão.	<b>Profissional Liberal:</b> RG, CPF, cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional e declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 3,00
<b>FNEL</b> Federação Nacional dos Estudantes Livres	Todos os estudantes de ensino fundamental, ensino médio, graduação e pós graduação do ensino superior do Brasil.	RG, CPF, comprovante de matrícula ou comprovante da mensalidade quitado ou declaração em papel timbrado com CNPJ carimbado e assinado da instituição (últimos 60 dias) e declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 5,00
<b>FETRABRAS - FETRACESP</b> Federação Nacional dos Trabalhadores Cooperados	Trabalhadores cooperados efetivos que demonstrem filiação a um dos sindicatos que compõem a FETRACESP.	RG, CPF, cópia do contracheque ou Carteira de Trabalho (foto, qualificação civil e carimbo do contrato de trabalho ativo) ou documento comprobatório de vínculo com um dos Sindicatos representantes de trabalhador cooperado que compõem a FETRACESP e declaração de filiação devidamente assinada e datada ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 3,50

## QUEM PODE ADERIR - TABELA B

ENTIDADE	PÚBLICO	DOCUMENTAÇÃO	TAXA
<b>AUDIMA</b> Associação dos Auditores da Auditoria Geral do Estado do Maranhão	Auditores da Auditoria Geral do Estado, Assistentes de Auditor da Auditoria Geral do Estado (ativos e inativos), bem como os ocupantes de cargo de Auditor Geral do Estado e os demais funcionários da Auditoria Geral do Estado e que sejam associados à AUDIMA-MA.	RG, CPF, cópia da carteira funcional ou cópia do contracheque dos Servidores da Auditoria Geral do Estado do Maranhão, bem como a comprovação de ser o beneficiário titular associado à AUDIMA-MA.	Isento
<b>SINFA - MA</b> Sindicato dos Servidores da Fiscalização Agropecuária do Estado do Maranhão	Todos os fiscais estaduais agropecuários, técnicos de fiscalização agropecuária e auxiliares de fiscalização da agência de defesa agropecuária do estado do Maranhão, ativos e inativos, que sejam associados ao sindicato.	RG, CPF, cópia do contracheque ou cópia da carteira funcional e cópia da carteira de associado à SINFA ou cópia do comprovante de pagamento associativo ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 0,00
<b>APRUEMA</b> Associação dos Professores da Universidade Estadual do Maranhão	Professores da Universidade Estadual do Maranhão.	RG, CPF, cópia da carteira funcional ou declaração da Instituição ou cópia do contracheque e cópia da carteira de associado APRUEMA ou cópia do comprovante de pagamento associativo ou declaração original de associado emitida pela entidade.	Sem Taxa
<b>ADEPOL</b> Associação dos Delegados da Polícia Civil do Maranhão	Delegados de Polícia que integram o quadro de carreira e os Bacharéis em Direito no exercício comissionado da função de Delegado de Polícia.	RG, CPF, cópia da carteira funcional ou cópia do contracheque e cópia do comprovante de pagamento associativo ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 0,00

**CONTINUAÇÃO - QUEM PODE ADERIR - TABELA B**

ENTIDADE	PÚBLICO	DOCUMENTAÇÃO	TAXA
<b>SINTRAJUFÉ - MA</b> Sindicato dos Trabalhadores do Judiciário Federal e Ministério Público da União do Estado do Maranhão	Todos os servidores ativos e inativos dos órgãos do Poder Judiciário Federal e do Ministério Público da União do Estado do Maranhão e que seja associado ao sindicato.	RG, CPF, cópia do contracheque atual, cópia da carteira funcional, cópia da carteira de associado à SINTRAJUFÉ - MA e cópia do comprovante de pagamento associativo ou declaração original de associado emitida pela entidade.	R\$ 0,00
<b>FENAMP</b> Federação Nacional dos Servidores dos Ministérios Públicos Estaduais	Todos os servidores dos ministérios públicos estaduais devidamente associados a um dos sindicatos representados pelo FENAMP.	RG, CPF, cópia carteira funcional ou cópia do contracheque e cópia da carteira de associado à FENAMP ou cópia do comprovante de pagamento associativo ou declaração original de associado emitida pela entidade.	Sem Taxa
<b>SINDSEMP - MA</b> Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado do Maranhão	Todos os servidores efetivos, ativos e inativos do Estado do Maranhão.	RG, CPF, cópia do contracheque atual, cópia da carteira funcional e declaração de filiação, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado ou declaração original de associado emitida pela entidade SINDSEMP-MA.	R\$ 0,00

**RESUMO DA REDE HOSPITALAR MÉDICA CREDENCIADA\***
**MARANHÃO**
**HOSPITAIS**

Centro Médico Maranhense  
Clínica Luiza Coelho  
Clínica São José  
Hospital Aldenora Bello (Fund. Antonio Jorge Dino)  
Policlínica Ibirapuera  
Procardio  
Sos Infantil  
Udi Hospital  
Upc - Unidade Pediátrica Cirúrgica  
Incons (Hosp. Ruy Palhano)  
Casa de Saúde e Maternidade de Caxias  
Hospital das Clínicas (Imperatriz/Ma)  
Hospital São Domingos  
HRO - Hospital de Referência Oftalmológica  
Natus Lumen  
Hospital HCI

**AMIL  
400**
**AMIL  
500**
**AMIL  
700**

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

**CLÍNICAS**

Cegine Cohab  
Dermacenter Clínicas  
Icem  
Idiagnóstica  
Cimo  
Gastroclínica  
Inst. de Neurologia e Neurocirurgia do Maranhão  
Instituto de Radiologia de São Luís  
Neuro Imagem  
Instituto da Mulher do Maranhão  
Inst. de Reumatologia e Med. Física do Maranhão  
Oftalmocentro  
Procardio  
Centro de Oncologia Médica  
Clíncor  
Pimpolho Pediatria  
Cardiomed

**AMIL  
400**
**AMIL  
500**
**AMIL  
700**

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

**LABORATÓRIOS**

Cedro  
Centrolab  
Galgani & Luna  
Inlab - Investigação Laboratorial  
Laboratório Corrêa Mendes  
Laboratório de Pesquisas Patológicas  
Laboratório Genesis  
Liac - Lab. Int. de Análise Clínica e Citopatologia  
Lid  
Laboratório Gaspar

**AMIL  
400**
**AMIL  
500**
**AMIL  
700**

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

\* A Amil poderá fazer alterações na rede credenciada, nos termos da legislação vigente. Consulte as atualizações da rede credenciada no site [amil.com.br](http://amil.com.br). Informações resumidas e sujeitas a alterações.



Affix Administradora de Benefícios Ltda.  
CNPJ nº 11.158.465/0001-91  
Rua Dr. Bráulio Gomes, 36, 18º andar,  
República, São Paulo/SP  
CEP: 01047-020  
ANS - nº 41.742-4

# ADITIVO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CONTRATOS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ODONTOLÓGICA COLETIVOS POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

Nº \_\_\_\_\_



ANS - nº 32.630-5

## Objeto

Este aditivo tem por finalidade propiciar aos beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, que possuem plano anterior regulamentado pela ANS, a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas, exceto nos casos de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças ou lesões preexistentes, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

### Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios desde aditivo o titular e seus dependentes, inscritos na Proposta de Adesão ao contrato pactuado entre a Affix Administradora de Benefícios Ltda. e a Amil Assistência Médica S.A., cujo número consta no cabeçalho desse aditivo.

Declaro para os devidos fins de direito, que tenho ciência das regras para redução de carências pactuadas no contrato de plano de saúde, coletivo por adesão, mantido entre a Affix Administradora de Benefícios Ltda. e a Amil Assistência Médica S.A., conforme descrito abaixo:

- PRC 413** | Válido para clientes de quaisquer categorias, sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** | Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 129** | Válido para clientes de quaisquer categorias, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de quaisquer operadoras.
- PRC 398** | Válido para clientes de quaisquer categorias, exceto clientes cadastrados nas entidades classificadas na tabela aberta, com permanência acima de 12 (doze) meses em planos de operadoras congêneres. **Listagem de congêneres disponível no site [www.amil.com.br](http://www.amil.com.br) na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Carência – consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
Carência – exames e procedimentos especiais, realizados em regime ambulatorial, relacionados na cláusula contratual, exceto os especificados abaixo:	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
a) Exames de endoscopia digestiva, respiratória e urológica;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
b) Exames de ultrassonografia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
c) Exames radiológicos de tomografia computadorizada, de neurorradiologia, angiografia, coronariografia, mielografia, radiologia intervencionista e exames de ressonância magnética;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
d) Exames de hemodinâmica, cardiovasculares em medicina nuclear diagnóstica e imunocintilografia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
e) Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
f) Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
g) Quimioterapia e radioterapia;	180 dias	180 dias	180 dias	90 dias	0
h) Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
i) Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
j) Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
k) Diálise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
l) Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
m) Cirurgias em regime de Day Hospital;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Carência – internações em geral (não relacionadas às doenças preexistentes).	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Carência – trabalho de parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

VIGÊNCIA DA CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - PARA DOENÇAS PREEXISTENTES	CPT PADRÃO	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC	CPT PRC
Estarão sujeitos à CPT as internações cirúrgicas, os leitos de alta tecnologia (UTI, CTI, Unidades Neonatal, Coronariana ou Semi-intensiva) ou os procedimentos de alta complexidade para doenças preexistentes, identificados no Rol de Procedimentos da ANS - RN 338.	24 meses	24 meses	18 meses	15 meses	9 meses
Não haverá redução dos prazos para os casos de cirurgia bariátrica em obesidade mórbida, transplante, cirurgia de refração, diálise e hemodiálise, neurocirurgia, cirurgia ortopédica para hérnia de disco, desvios de coluna e de articulações, quimioterapia e radioterapia e uso de próteses, órteses e material de osteossíntese.	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses	24 meses

### Documentação obrigatória

1. Anexar últimos 3 boletos devidamente quitados (sendo o último há menos de 30 dias) e cópia do cartão de identificação e/ou declaração de tempo de permanência da operadora anterior (atualizada e original);
2. Não serão aceitos comprovantes de planos anteriores na modalidade "Ambulatorial", "Pós-Pagamento" ou "Custo Operacional";
3. A opção de plano com acomodação superior (apartamento) contabilizará carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização do benefício, a partir da vigência do contrato;

### Termo de responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas** que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Amil. Caso não seja aprovado prevalecerão as carências contratuais detalhadas e acordada no item 14 da pág 03 da Proposta de Adesão.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do titular/responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do corretor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Corretor: \_\_\_\_\_ Assinatura do Titular ou Responsável: \_\_\_\_\_



## PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

Nome Completo \_\_\_\_\_

R.G. \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Tel Residencial(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Com(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome Corretor (a ) \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Solicito minha associação à **FNEL (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES )** na categoria **ASSOCIADO USUÁRIO**, estando ciente que essa categoria de Associado não poderá votar nem ser votado para qualquer cargo da entidade.
- O **ASSOCIADO USUÁRIO** pagará a Mensalidade Associativa junto ao boleto do plano de saúde, o valor de **R\$ 5,00 (Cinco reais)** por mês.

Declaro estar ciente e de acordo com as condições acima. Por ser verdade firmo a presente proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e data

Assinatura



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES – FNEL

CNPJ. 08.763.042/0001-96

RUA SENADOR DANTAS Nº 117 – SALA 1433 – CEP: 21060-090 – RIO DE JANEIRO – RJ

FONE: (21) 3474-6257 – email: [união.ueerj@faceook.com](mailto:união.ueerj@faceook.com) - [www.fnel.org.br](http://www.fnel.org.br) - [www.ueerj.org.br](http://www.ueerj.org.br)



# FETRABRAS

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS

## PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

Nome Completo \_\_\_\_\_

R.G. \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tel Residencial(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Com(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome Corretor (a ) \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

- Solicito minha associação à **FETRABRAS** e declaro para os devidos fins de direito, que as informações acima fornecidas são verdadeiras.
- Estou ciente sobre a Mensalidade Associativa de **R\$ 3,50 (Três reais e cinquenta centavos)** por mês junto ao boleto do plano de saúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES COOPERADOS - FETRABRAS

CNPJ. 13.259.440/0001-00

ALAMEDA DOS JURUPIS, Nº 1005 – 11º ANDAR - CONJ. 114 – MOEMA – CEP: 04088-003 – SÃO PAULO – SP

FONE: (11) 3256-6009 – [atendimento@fetracesp.org.br](mailto:atendimento@fetracesp.org.br) – [www.fetracesp.org.br](http://www.fetracesp.org.br)





## PROPOSTA DE INSCRIÇÃO ASSOCIADO SEGURADO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG N°: \_\_\_\_\_ DATA EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORG. EXP: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL. RESIDENCIAL 1: \_\_\_\_\_ TEL. RESIDENCIAL 2: \_\_\_\_\_

CELULAR 1: \_\_\_\_\_ CELULAR 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL PESSOAL : \_\_\_\_\_

PROFISSÃO / REGISTRO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TEL. COMERCIAL 1: \_\_\_\_\_ TEL. COMERCIAL 2: \_\_\_\_\_

E-MAIL COMERCIAL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:      SOLTEIRO                  CASADO                  DIVORCIADO                  VIÚVO                  OUTRO

**Valor da Mensalidade: R\$ 3,00.**

### DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins de direito que todas as informações acima são verdadeiras.

Declaro que, caso a minha Proposta de Inscrição seja aprovada, respeitarei e obedecerei os Estatutos da ANMEP, o qual li na íntegra no site da Entidade: [www.anmep.org.br](http://www.anmep.org.br)

Solicito minha associação a ANMEP e informo que estou ciente da mensalidade associativa no valor de R\$ 3,00 (três reais) que será cobrada junto com o boleto do plano de saúde.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Proponente: \_\_\_\_\_

Produto Contratado: \_\_\_\_\_ Operadora/Seguradora: \_\_\_\_\_

Plano: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**Esta Proposta só será validada após aprovação da Diretoria da ANMEP.**

Aprovação da Diretoria da ANMEP \_\_\_\_\_

**N° DE MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

**FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS**

INCLUSÃO DE SÓCIOS       ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Entidade ABREC ASSOCIACAO BRASILEIRA EMPRESARIAL E COMERCIAL			Abrangência NACIONAL
<b>DADOS DO REQUERENTE</b>			
*Nome:			
*Nome da Mãe:			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
* Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade / UF	*Cep
*Telefone Residencial ( )	*Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	WhatsApp
*E-mail:	Possui Dependentes? ( ) Sim ( ) Não	Cartão do Associado <b>UNICARD 200</b>	Contribuição Associativa <b>R\$ 5,00 (mensal)</b>
<b>Solicito minha Associação á ABREC na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:</b>			
<p><b>1 . Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela ABREC, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela ABREC, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.</b></p> <p><b>2. O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado UNICARD, discriminado nesta Ficha Cadastral, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste ANUAL, definidos pela Diretoria Executiva.</b></p> <p><b>3. A falta de pagamento da Contribuição Associativa implicara no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e consequentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela ABREC, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.</b></p> <p><b>4. Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da diretoria executiva, no qual se fará através da Emissão do Cartão de Associado, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pela ABREC, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.</b></p>			
<p>Declaro estar ciente, que em caso da aprovação de minha filiação ao quadro associativo da entidade, ficarei responsável pela emissão gratuita do meu <b>CARTÃO DE ASSOCIADO</b>, no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site <a href="http://www.abrecbrasil.com.br">www.abrecbrasil.com.br</a> ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: <a href="mailto:secretaria@abrecbrasil.com.br">secretaria@abrecbrasil.com.br</a>.</p>			
<p>Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta <b>Ficha Cadastral</b>. Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.</p>			
_____		_____	
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO REQUERENTE	
(*) Preenchimento Obrigatório		Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.	
<p><b>WEBSITE: <a href="http://www.abrecbrasil.com.br">www.abrecbrasil.com.br</a>   Email: <a href="mailto:secretaria@abrecbrasil.com.br">secretaria@abrecbrasil.com.br</a></b></p>			

Entidade ABRAIN F ASSOCIACAO BRASILEIRA DA INFORMATICA			Abrangência NACIONAL
<b>DADOS DO REQUERENTE</b>			
*Nome:			
*Nome da Mãe:			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
* Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade / UF	*Cep
*Telefone Residencial ( )	*Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	WhatsApp
*E-mail:	Possui Dependentes? ( ) Sim ( ) Não	Cartão do Associado <b>UNICARD 200</b>	Contribuição Associativa <b>R\$ 5,00 (mensal)</b>
<b>Solicito minha Associação à ABRAIN F na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:</b>			
<p><b>1 .</b> Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela <b>ABRAIN F</b>, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela <b>ABRAIN F</b>, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.</p> <p><b>2.</b> O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado <b>UNICARD</b>, discriminado nesta <b>Ficha Cadastral</b>, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste <b>ANUAL</b>, definidos pela Diretoria Executiva.</p> <p><b>3.</b> A falta de pagamento da Contribuição Associativa implicara no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e consequentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela <b>ABRAIN F</b>, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.</p> <p><b>4.</b> Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da diretoria executiva, no qual se fará através da Emissão do Cartão de Associado, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pela <b>ABRAIN F</b>, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.</p>			
Declaro estar ciente, que em caso da aprovação de minha filiação ao quadro associativo da entidade, ficarei responsável pela emissão gratuita do meu <b>CARTÃO DE ASSOCIADO</b> , no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site <a href="http://www.abrainf.com.br">www.abrainf.com.br</a> ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: <a href="mailto:secretaria@abrainf.com.br">secretaria@abrainf.com.br</a>			
Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta <b>Ficha Cadastral</b> . Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.			
_____		_____	
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO REQUERENTE	
(*) Preenchimento Obrigatório		Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.	
WEBSITE: <a href="http://www.abrainf.com.br">www.abrainf.com.br</a> .   Email: <a href="mailto:secretaria@abrainf.com.br">secretaria@abrainf.com.br</a>			



COM A AFFIX  
**VOCE**  
GANHA MAIS!

**R\$ 300,**

POR VIDA CONFIRMADA  
PLANO AMIL 400/500/700 APARTAMENTO

**R\$ 250,**

POR VIDA CONFIRMADA  
PLANO AMIL 400 ENFERMARIA

**amil**

Para mais informações,  
entre em contato conosco:

[www.affixbeneficios.com.br/fale-conosco](http://www.affixbeneficios.com.br/fale-conosco)

**Affix**  
ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Planos de saúde coletivos por adesão, conforme regras da ANS. A disponibilidade dos produtos para comercialização pode variar de acordo com a região e a entidade de classe. Somente serão consideradas as vendas realizadas a partir de 01/01/2019, podendo ser cancelada a qualquer momento. As propostas estarão sujeitas a análise e só serão computadas após a confirmação da primeira mensalidade por parte do beneficiário. Para mais informações, consulte o supervisor de vendas da sua corretora.