



Contrato nº
PJ 118A SP

Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual

16945193-1

PROPOSTA CONTRATUAL

PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIOS

Filial ou unidade gerencial - SP

V.1601

- Matriz São Paulo - Av. Brasil, 703 - CEP 01431-000 - CNPJ 29.309.127/0001-79
- Filial Operacional Rio de Janeiro - Av. das Américas, 4.200 - bl. 3 - CEP 22640-102 - CNPJ 29.309.127/0122-66
- Filial Operacional Barueri - Av. Cauaxi, 118 - CEP 06454-020 - CNPJ 29.309.127/0116-18
- Filial Operacional Belo Horizonte - Av. do Contorno, 7.248 - CEP 30110-047 - CNPJ 29.309.127/0147-14
- Filial Operacional Campinas - Av. Doutor Moraes Sales, 2.531 - CEP 13092-111 - CNPJ 29.309.127/0132-38
- Filial Operacional Olinda - Av. Presidente Getúlio Vargas, 1.530, 4º Andar - CEP 53030-905 - CNPJ 29.309.127/0167-68
- Filial Operacional Caxias - Rua Ailton da Costa, 115 - sala 308 - Parte - CEP 25071-160 - CNPJ 29.309.127/0026-27
- Filial Operacional Brasília - LOC SCS Quadra 06, nº 157 - sala 501 a 508 - CEP 70300-910 - CNPJ 29.309.127/0094-78
- Filial Operacional Ceará - Av. Barão de Studart, 2.441, sala 202 - Edifício Forma V - Aldeota, Fortaleza, Ceará - CEP 60120-002 - CNPJ 29.309.127/0148

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

Cód. do Produtor CNPJ	Nome do Produtor CNPJ	Cód. do Gerente/Supervisor	Nome do Gerente (Supervisor)
09357-3	BANDEIRA CORRETORA		

CPF do Produtor	Nome do Produtor CPF	Telefone do Corretor
31126932809	ELAINE BANDEIRA	114266042

Dados do Contrato

<input checked="" type="checkbox"/> Médica	Para contratação exclusiva do Dental, utilizar a proposta contratual P. Amil linha Dental.
<input type="checkbox"/> Médica + Dental	

Dados da Empresa Contratante*

CNPJ	Porte
58.151.530/0001-06	<input type="checkbox"/> I (de 2 a 29 beneficiários) <input checked="" type="checkbox"/> II (de 30 a 99 beneficiários)

Razão Social
CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC

Continuação (Razão Social)

Nome Fantasia

Inscrição Estadual*	Inscrição Municipal*
---------------------	----------------------

Contato*

Nome	Cargo
APARECIDA MOREIRA	RH

DDD	Telefone	E-mail*
11	44353565	aparecida.moreira@consorcioabc.sp.gov.br

Endereço (CNPJ)*

CEP	Logradouro
07040160	AV. RAMIRO COLLEONI

Logradouro (continuação)	Número	Complemento
	05	

Bairro	Município	UF
CENTRO	SANTO ANDRÉ	SP

Telefones*

DDD	Telefone (empresa)	DDD	Telefone (cobrança)	DDD	Telefone (celular)
11	44353565				

Endereço para Correspondência*

CEP	Logradouro
-----	------------

Logradouro (continuação)	Número	Complemento
--------------------------	--------	-------------

Bairro	Município	UF
--------	-----------	----

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

SANTO ANDRÉ, 05/10/2017

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA

Amil 400 QC Nacional R PJCE
ANS 472937144

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Coletivo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

Amil 400 QP Nacional R PJCE
ANS 472940144

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

FAIXA ETÁRIA

Amil 500 QP Nacional R
PJCE - ANS 472942141

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
00 a 18	06 291,30
19 a 23	
24 a 28	04 455,16
29 a 33	06 500,63
34 a 38	04 525,72
39 a 43	06 573,29
44 a 48	01 722,86
49 a 53	02 795,15
54 a 58	01 993,94
> 59	

Amil 600 QP Nacional R
PJCE - ANS 472839144

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

Amil 700 QP Nacional R
PJCE - ANS 472841146

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
00 a 18	01 362,96
19 a 23	
24 a 28	
29 a 33	01 623,84
34 a 38	01 655,03
39 a 43	
44 a 48	
49 a 53	
54 a 58	
> 59	

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante



Contrato nº
PJ 118A SP
Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual
16945193-1

PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIO
Filial ou unidade gerencial - SP

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA

Amil 400 QC Nacional R Copart PJCE
ANS 472936146

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Coletivo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

Amil 400 QP Nacional R Copart PJCE
ANS 472939141

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

FAIXA ETÁRIA

Amil 500 QP Nacional R
Copart PJCE - ANS 472835141

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
00 a 18	06 261,30
19 a 23	06 261,30
24 a 28	04 466,16
29 a 33	06 503,63
34 a 38	04 825,72
39 a 43	06 578,29
44 a 48	04 732,36
49 a 53	02 995,15
54 a 58	01 745,14
> 59	

Amil 600 QP Nacional R
Copart PJCE - ANS 472838146

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
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	

Amil 700 QP Nacional R
Copart PJCE - ANS 47284014

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Nacional
Reembolso: Sim

Nº	Valor
00 a 18	
19 a 23	01 362,56
24 a 28	
29 a 33	01 522,34
34 a 38	01 645,28
39 a 43	
44 a 48	
49 a 53	
54 a 58	
> 59	

Atenção: Verificar os valores de coparticipação na Tabela de Vendas vigente no ato da contratação

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

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



Contrato nº
PJ 118A SP
Lei nº 9.656,
de 3/6/1998

Nº da Proposta Contratual
16945193-1

PROPOSTA CONTRATUAL
PESSOA JURÍDICA ATÉ 99 BENEFICIÁRIOS
Filial ou unidade gerencial - SP

Produtos Contratados - Assistência Odontológica

Plano Odontológico	Prazos de Carência	Valor Único (R\$)	Número de Beneficiários	Valor Total (R\$)
	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias			

Resumo de Valores

Produtos	Quantidade	Valor Unitário	Total
Plano Médico	33		R\$ 17.094,07
Plano Odontológico		R\$	R\$
Amil Resgate*		R\$	R\$
Amil Multiviagem*		R\$	R\$
Valor Total dos Produtos			R\$

Taxas de Implantação

Taxa do Plano Médico	R\$ 50,00
Taxa do Plano Odontológico	R\$ —
Valor Total das Taxas	R\$ —
Valor Total Geral (Produtos + Taxas)	R\$ 17.144,07

Atenção: *Os aditivos Resgate Saúde e Multiviagem são contratáveis somente para os produtos de abrangência nacional

Recebimento da 1ª fatura

Recebi da **Contratante** a importância de R\$ BOLETO BANCARIO, através do cheque nº _____, do banco nº _____, agência nº _____, conta-corrente nº _____, pagamento datado para ____/____/____ referente ao pagamento da primeira fatura dos planos contratados. _____ de _____ de 20____.

Concordo com as seguintes informações adicionais:

- Tenho ciência e estou de pleno acordo de que o início da vigência do contrato seguirá a seguinte regra:
 - a) nos contratos de 2 a 29 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 10 (dez) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL;
 - b) nos contratos de 30 a 99 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 15 (quinze) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL.
- Exc: A AMIL recebe a documentação válida e completa referente a um contrato coletivo empresarial com 20 beneficiários no dia 10/01. Nesse caso, para tal contrato o início de vigência dar-se-á no dia 20/01.
- Período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia ____ ao dia ____ de cada mês.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

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

Caso a proposta seja efetivada, selecione abaixo a melhor opção que convier ao solicitante:

Tenho ciência que o acesso à rede médica do meu contrato será disponibilizado através do site e aplicativo Amil.

Desejo receber as futuras cobranças através de meio digital.

Desejo receber as futuras cobranças em papel.



Forma de pagamento*

<input type="checkbox"/> Lâminas Mensais	<input type="checkbox"/> Débito Automático	Nome do Banco	Banco nº
Agência nº		Conta-corrente nº	

Verifique com seu consultor Bancos Conveniados. **Necessário que a conta para débito automático seja conta PJ da empresa**

Declaração e termo de responsabilidades específicas – Amil

Declaro para todos os fins e efeitos que: **1** tenho ciência das condições gerais e estou de acordo com elas, até mesmo quanto aos prazos de carência constantes, não tendo qualquer dúvida com relação à sua aplicação, cabendo à Amil estabelecer as reduções desses prazos; **2** tenho ciência de que a redução ou isenção dos prazos de carência não altera as coberturas do contrato, permanecendo inalteradas as exclusões e limitações de cobertura expressas no contrato; **3** assumo a responsabilidade das declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, e, na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos nesta proposta, assumo como devedor e principal pagador a obrigação pelo pagamento das mensais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; **4** **tenho conhecimento de que esta proposta deverá ser protocolada na Amil até 48 horas úteis da data de sua assinatura;** **5** tenho ciência de que este documento e suas cópias não poderão ter rasuras, motivo pelo qual sei que a Amil não aceitará-lo, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação; **6** tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano Amil Referência quanto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha opção pela contratação do plano a que se refere esta proposta; **7** estou ciente de que independentemente dos reajustes previstos no contrato PJ 118A, haverá adequação automática dos valores contratados, a qualquer tempo, quando houver alteração dos portes da empresa, que são: Porte I, de 2 a 29 beneficiários; Porte II, de 30 a 99 beneficiários; **8** tenho ciência dos valores de participação/franquia constantes na Tabela de Vendas vigente; **9** tenho ciência de que será de responsabilidade da contratante entregar ao beneficiário titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); **10** estou ciente de que será de responsabilidade da Amil o envio ao beneficiário titular do Guia de Identificação Contratual (GLC), junto com o cartão de identificação; **11** estou ciente de que o vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 dias após a data da vigência do contrato.

Local e Data

Assinatura do Representante da Empresa Contratante

Declaração e termo de responsabilidades específicas - Dental

1 Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do Plano Dental especificado na presente Proposta, seus aditivos e anexos, e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos e condições de pagamento, expressos no Contrato Dental. 2 As declarações feitas por mim, livre e espontaneamente, são verdadeiras e de minha responsabilidade. 3 Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. 4 Concordo com os valores mensais, conforme Tabela de Preços vigente e o número de beneficiários cadastrados na Proposta Contratual, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

Declaração e termo de responsabilidades específicas - Aditivos Resgate Saúde e Multiviagem

1 Declaro, como representante da empresa Contratante, anteriormente identificada, que recebi as Condições Gerais do(s) Aditivo(s) selecionado(s) na presente proposta e tenho total conhecimento do teor delas, inclusive quanto a prazos, condições de pagamento e elegibilidade, disponíveis no site www.amil.com.br. 2 Tenho ciência de que o pagamento das mensalidades terá o vencimento sempre na data estipulada na Proposta Contratual. 3 Concordo com os valores mensais, conforme Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.

	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRO 413	PRO 128	PRO 129	PRO 298
	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
	30 dias	1 dia	1 dia	1 dia	0
	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
	180 dias	90 dias	30 dias	30 dias	0
	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
	180 dias	180 dias	30 dias	30 dias	0

Nome e assinatura do representante da empresa contratante

Nome e assinatura do corretor

Eliane Bandura

Sandra André, 05 de outubro de 20 17.

OBJETO

Este aditivo tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta Contratual a concessão de redução dos prazos de carência e dos prazos para o início das coberturas 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 deste aditivo o titular e seus dependentes, com idade até 58 (cinquenta e oito) anos, inclusive, inscritos na Proposta Contratual, observados os **planos escolhidos e as faixas etárias**, as quais estão expressas nas **Normas para Promoções de Vendas vigentes** (disponíveis no site www.amil.com.br).

DA DOCUMENTAÇÃO

A Amil remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos incluindo os prazos de carência e os prazos para o início das coberturas para doenças e lesões preexistentes, após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

DOS NOVOS PRAZOS PARA CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA PARA DOENÇAS PREEXISTENTES

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências e Cobertura Parcial Temporária, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-Socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

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


 Rubrica

1ª via: Amil; 2ª via: contratante

GRUPO DE BENEFÍCIOS	CARÊNCIA CONTRATUAL	PRC 413	PRC 128	PRC 129	PRC 398
Procedimentos para litotripsia;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Videolaparoscopia e procedimentos videoassistidos com finalidade terapêutico-diagnóstica ambulatorial;	180 dias	180 dias	120 dias	60 dias	0
Artroscopia;	180 dias	90 dias	90 dias	60 dias	0
Dialise ou hemodiálise;	180 dias	180 dias	150 dias	60 dias	0
Hemoterapia;	180 dias	90 dias	60 dias	30 dias	0
Tratamento hiperbárico;	180 dias	180 dias	90 dias	30 dias	0
Cirurgias em regime de <i>day hospital</i> .	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
Estão 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 262.	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

- PRC 413** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 128** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 3 (três) meses até 11 (onze) meses no plano de origem.
- PRC 129** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários, com beneficiários oriundos de quaisquer operadoras, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. Válido para empresas de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários sem plano prévio ou oriundos de quaisquer operadoras, sem restrição de tempo mínimo de permanência nas mesmas.
- PRC 398** - válido para empresas de 2 a 10 beneficiários e de 11 a 29 beneficiários, com beneficiários oriundos de operadoras congêneres, com permanência acima de 12 (doze) meses no plano de origem. **Listagem de congêneres disponível no site www.amil.com.br na área "Informações complementares aos nossos contratos".**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas **Normas para Promoções de Vendas e Tabela de Vendas** que me foram apresentadas e que este termo aditivo somente terá sua validade e efeito após aprovação por parte da Amil. Caso ele não seja aprovado, prevalecerão as normas do contrato principal.

Local e data: Santa André, 05/10/2017

Nº da proposta contratual: 169451931

Nome do titular/responsável: _____ CPF: _____

Nome do corretor: Elvira Bandeira Código: 078573 CPF: 34126932909

Assinatura Amil

Assinatura do corretor

Assinatura do responsável

CONTRATANTE: CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC

pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 58.151.580/0001-06, com sede em AV. RAMIRO COLLEONI, 05 - CENTRO - SANTO ANDRE - SP neste ato

representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 29.309.127/0001-79, **registrada na ANS sob o nº 326305**, neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO que:

- ① Faz-se necessário retificar as informações presentes no material comercial disponibilizado;
- ② As partes acordam que a efetiva formalização da presente negociação, só ocorrerá com a assinatura da proposta contratual e aceite desta errata.

CLÁUSULA PRIMEIRA: No presente contrato e no material para comercialização, **onde se lê:** “CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118A”

LEIA-SE: “CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR PESSOA JURÍDICA 118-1 A”

CLÁUSULA SEGUNDA: Concordam as partes que as cláusulas 17.6.3 e seguintes passam a vigorar com as seguintes redações:

17.6.3 – Os valores de coparticipação seguirão a tabela abaixo:

GRUPO DE BENEFÍCIOS	AMIL 200			AMIL 400			AMIL 500			AMIL 600			AMIL 700		
	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$	Valor Copart	Limite por ITEM R\$	Limite por MÊS R\$
Consultas eletivas e clínicas	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Consultas hospitalares - PS	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Exames especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Procedimentos básicos	30%	30,00	-	30%	40,00	-	30%	50,00	-	30%	50,00	-	30%	70,00	-
Procedimentos especiais	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-	30%	150,00	-
Psicoterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fonoaudiologia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Fisioterapia	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Nutrição	30%	15,00	-	30%	20,00	-	30%	25,00	-	30%	25,00	-	30%	35,00	-
Internação	R\$ 160,00	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 250,00	-	-	R\$ 350,00	-	-
Quimioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Díalise ou hemodíalise	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00
Radioterapia	30%	-	30,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00	30%	-	50,00

✕
Rubrica

1ª via: Amil; 2ª via: contratante.

17.6.3.3 – O valor da coparticipação a ser paga pelo **BENEFICIÁRIO** está sujeito ao LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA por MÊS, conforme definido na cláusula 17.6.3, não sendo cumulativo ao mês subsequente.

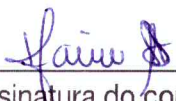
17.6.3.4 – A atualização dos LIMITES MÁXIMOS DE COBRANÇAS por ITEM e por MÊS ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema. Ressalta-se que o percentual para atualização do LIMITE MÁXIMO DE COBRANÇA poderá variar de acordo com o grupo de benefícios em que se enquadra o procedimento.


17.6.3.5 – A atualização dos valores fixos cobrados de coparticipação para INTERNAÇÃO ocorrerá na data do aniversário do contrato, de acordo com a variação média dos custos unitários dos procedimentos cobertos por este contrato, em conformidade com os limites previstos na Consu nº 8 e regulamentação vigente acerca do tema.

CLAUSULA TERCEIRA: Concordam as partes que a cláusula 19.6 passa a vigorar com a seguinte redação:

19.6 – Os valores referentes à coparticipação e franquia sofrerão reajuste nos termos das subcláusulas 17.6.3.4 e 17.6.3.5.

Local e data: Santa André, 05/10/2017


Assinatura do corretor


Assinatura do representante da empresa contratante

CONTRATANTE: CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC

pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 58.151.580/0001-06, com sede em AV RAMIRO COLLEONI, 05 - CENTRO - SANTO ANDRÉ - SP

neste ato representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 29.309.127/0001-79, **registrada na ANS sob o nº 326305**, neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO a necessidade de:

- (i) contemplar o critério de reajuste do valor de reembolso; e
- (ii) atendimento ao que estabelece a Resolução Normativa ANS nº 412, de 11 de novembro de 2016.

1 Valor de Reembolso

1.1. Na cláusula 16.4.2.3, **onde se lê:**

16.4.2.3 – O reajuste do valor da URA deverá considerar exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares dos procedimentos cobertos, não estando necessariamente vinculado ao índice de reajuste financeiro ou técnico do presente contrato.

Leia-se:

16.4.2.3 – O reajuste do valor da URA será de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado).

2 Resolução Normativa ANS nº 412

2.1. Ficam incluídas no Contrato o item 22.7 e seus subitens, nos seguintes termos:

Cancelamento a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR

22.7 – O **BENEFICIÁRIO** titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão (cancelamento) do Contrato, ou de seus dependentes, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

22.7.1 – O pedido de exclusão (cancelamento) deverá ser apresentado perante a **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** (www.amil.com.br), em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido. Esse processamento terá efeito imediato, considerando-se esse o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**, para todos os efeitos.

22.7.2 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**.

22.7.3 – O novo pedido de exclusão (cancelamento) apresentado diretamente a **CONTRATADA** deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado a **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

Local e data: Santo André, 05/10/2017

[Assinatura]
Assinatura do corretor

[Assinatura]
Assinatura do representante da empresa contratante

CONTRATANTE: _____

_____ pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em _____, neste ato

representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 29.309.127/0001-79, **registrada na ANS sob o nº 326305**, neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO que:

- 1 Não haverá qualquer alteração nas condições contratuais presentes no contrato PJ 118 A, em decorrência desta ERRATA;
- 2 Faz-se necessário retificar as informações sobre o início da vigência do contrato presentes na PROPOSTA CONTRATUAL.

CLÁUSULA PRIMEIRA: Na folha 7/9 da PROPOSTA e da RETIFICAÇÃO/RATIFICAÇÃO CONTRATUAL, **onde se lê:**

Folha 7/9: RECIBO DA 1ª FATURA

“Concordo com as seguintes informações adicionais:

- ▶ Tenho ciência e estou de pleno acordo de que o início da vigência do contrato seguirá a seguinte regra:
 - a) nos contratos de 2 a 29 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 10 (dez) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL;
 - b) nos contratos de 30 a 99 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 15 (quinze) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL.

Ex.: A AMIL recebe a documentação válida e completa referente a um contrato coletivo empresarial com 20 beneficiários no dia 10/01. Nesse caso, para tal contrato o início de vigência dar-se-á no dia 20/01.

- ▶ Período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia _____ ao dia _____ de cada mês.”

LEIA-SE:

FOLHA 7/9: RECIBO DA 1ª FATURA

“Concordo com as seguintes informações adicionais:

- ▶ Tenho ciência e estou de pleno acordo de que o início da vigência do contrato seguirá a seguinte regra:
 - a) nos contratos de 2 a 29 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 10 (dez) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL;
 - b) nos contratos de 30 a 99 beneficiários o prazo de início ocorrerá após 15 (quinze) dias contados da data da entrega da documentação completa à AMIL.

Ex.: A AMIL recebe a documentação válida e completa referente a um contrato coletivo empresarial com 20 beneficiários no dia 10/01. Nesse caso, para tal contrato o início de vigência dar-se-á no dia 20/01.

- c) nos contratos em que a opção de pagamento seja boleto bancário, o início de vigência do contrato ocorrerá com a confirmação de pagamento referente a primeira contraprestação pecuniária mensal.

- ▶ Período de movimentação cadastral, para efeito de faturamento, do dia _____ ao dia _____ de cada mês.”

Local e data: Samb André, 05/10/2017

Flavio

Assinatura do corretor

[Assinatura]

Assinatura do representante da empresa contratante

Proposta Contratual Nº 1.694.5193-1

Empresa Contratante CONSORCIO INTERMUNICIPAL GRANDE ABC

Empresa Contratante (continuação) _____ CNPJ da Empresa Contratante 58.151.580/0001-06

Plano(s) Atual(is)	Tempo no(s) Plano(s)
Médico:	
Odontológico:	

Histórico

Obs.: Para os casos marcados com SIM, favor informar CID's ao lado, e encaminhar relatório médico.

Possui beneficiários em Internação Hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários em Internação Domiciliar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários afastados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui beneficiários em tratamento de alta complexidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui gestantes?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui aposentados e demitidos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Todos os Titulares com registro no FGTS?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Grupo de Adesão?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Informar CIDs dos 15 maiores custos dos últimos 12 meses:		

A **CONTRATANTE** declara, por intermédio de seu representante legal, sob às penas da Lei, que as informações aqui prestadas constituem a expressão da verdade, assumindo a **CONTRATANTE** inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão dos dados aqui informados.

A **CONTRATANTE** está ciente ainda, que a Declaração de Informações de Saúde acima é parte integrante da Proposta Contratual e que a **CONTRATADA** poderá extinguir o vínculo contratual caso as informações fornecidas sejam caracterizadas como incorretas ou inverídicas, hipóteses essas reconhecidas como violação direta ao princípio da boa fé-objetiva.

Por fim, declara que tem ciência de que o presente documento não substitui os termos constantes da Proposta Contratual firmada entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE** e, por conseguinte, não constitui marco inicial para vigência do contrato, tampouco para início da cobertura assistencial contratada.

Samb André, 05 de outubro de 20 17

*
Assinatura do Representante Legal da CONTRATANTE