



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

Folha 13/18

## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda. (a "**Administradora de Benefícios**") e a Amil Assistência Médica Internacional S.A. (a "**Operadora**") indicada nas páginas 2 e 3 desta Proposta e destinados à população que mantenha vínculo com a minha "Entidade", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **01/18** desta **Proposta**. Estou ciente de que o plano de assistência odontológica Dental 200 R DOC e Dental Win Prótese e Dental Win Ortodontia é um benefício opcional e, se ele for contratado, terei cobertura para os procedimentos odontológicos detalhados no Manual do Beneficiário, que receberei após a aceitação desta **Proposta**.

2. Somente serão aceitos como **dependentes** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); os filhos adotivos ou não, **solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias, mediante entrega de cópia de certidão de nascimento ou de adoção**; Enteados, mediante entrega de cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude; O menor que, por **determinação judicial, se ache sob guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega da cópia da decisão judicial de guarda ou tutela**; Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **comprovadamente inválidos, mediante entrega de atestado de invalidez emitido pelo INSS, cópia da certidão de nascimento ou de adoção** e cópia da certidão de guarda ou tutela expedida pela Vara da Família da comarca competente ou Juizado da Infância e Juventude.

3. Sou o único **responsável** pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta **Proposta**, na manutenção ou no valor mensal do(s) **benefício(s)**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) **benefício(s)**.

4. Aceita esta **Proposta**, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo "Início da Vigência", constante na página **1/18** da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependentes(s) indicado(s) passaremos a ser denominado "beneficiários".

5. Assumindo a condição de **beneficiário**, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, perante a(s) **Operadora(s)** e outros órgãos, em especial a **ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar**, no cumprimento e/ou nas alterações deste(s) **benefício(s)**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página **01/18** desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página **06/18** e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora.

7. Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, utilizar o(s) benefício(s) por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) **Operadora(s)**, respeitadas as **condições contratuais** e as disponibilidades dos planos, conforme definidas com a **Entidade**. Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) **Operadora(s)** poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores.

8. A Operadora assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica e atuação do plano, nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela Operadora.

9. Os benefícios de planos de assistência à saúde estão relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes, instituídos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) benefício(s).

10. As **coberturas excluídas** do benefício de plano de assistência à saúde são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e as não incluídas no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

11. Tenho ciência dos prazos de **carência** para utilização dos **benefícios**, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir do início da vigência do benefício, conforme página **6/18**. Para efeitos da isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o **Aditivo de Redução de Carências**, que acompanha a Proposta.



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

### Prazos de Carências - Assistência Médica

Grupo de Benefícios	Carência Contratual
Urgência e Emergência	24 horas
Consultas em consultórios, clínicas e centros médicos, exames básicos de apoio diagnóstico e procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos.	30 dias
Procedimentos de alta complexidade, exames especiais de apoio diagnóstico, procedimentos terapêuticos, ambulatoriais e especiais, exames e procedimentos de alta complexidade, honorários médicos de internações e custos hospitalares de internações.	180 dias
Internação hospitalar para tratamento de transtornos psiquiátricos	180 dias
Parto a termo	300 dias

### Prazos de Carências - Assistência Odontológica

Grupo de Benefícios	Carência Contratual
Urgência e Emergência	24 horas
Cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia, radiologia e ortodontia (instalação de aparelho fixo)	60 dias
Procedimentos de prótese, ortodontia (manutenção), clareamento e implante	180 dias

**12.** Havendo na “**Declaração de Saúde**” a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela(s) **Operadora(s)** a **Cobertura Parcial Temporária (CPT)**, a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de **início de vigência** do(s) benefício(s), a suspensão da cobertura para **Procedimentos de Alta Complexidade (PAC)**, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

**13.** A realização de: (I) exames de alta complexidade; (II) internações; (III) remoções; (IV) procedimentos especiais; depende de **autorização prévia** da **Operadora**.

**14.** As características do(s) **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas nas páginas **1, 2 e 3** desta **Proposta Contratual**, assim como a área de comercialização.

**15.** Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de **30 (trinta) dias** de internação. A partir deste período, além da coparticipação regular, prevista nesta proposta para qualquer internação, haverá coparticipação de **50% (cinquenta por cento)**, incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de **01 (um) ano de Contrato**.

**16.** Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios** (I) toda e qualquer alteração cadastral, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações, etc; (II) a perda ou extravio da carteirinha de identificação; e (III) a perda do vínculo que mantenho com a Entidade.

**17.** Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o **pedido de minha exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br); e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

**18.** Tenho ciência que a solicitação do cancelamento do plano deverá ser formalizada à **Operadora** ou à **Administradora de Benefícios**, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 15/18

19. Tenho ciência de que o cancelamento do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

### 19.1. Valores de Coparticipação:

PROCEDIMENTOS	AMIL S380			AMIL S450			AMIL S580		
	COPART	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 30,00	-	30%	R\$ 30,00	-	30%	R\$ 30,00	-
Consulta hospitalar – PS	30%	R\$ 60,00	-	30%	R\$ 60,00	-	30%	R\$ 60,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 25,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 110,00	-	30%	R\$ 110,00	-	30%	R\$ 110,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-
Internação (cobrança por evento)		R\$ 200,00	-		R\$ 220,00	-		R\$ 220,00	-
Nutrição	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-	30%	R\$ 40,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-	30%	R\$ 150,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-	30%	R\$ 20,00	-
Diálise ou hemodiálise	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-
Quimioterapia	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-
Radioterapia	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-

PROCEDIMENTOS	AMIL S750			AMIL S80		
	COPART	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL	COPART	LIMITE P/ ITEM	LIMITE MENSAL
Consulta eletiva e clínica	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 25,00	-
Consulta hospitalar – PS	30%	R\$ 70,00	-	30%	R\$ 50,00	-
Exames básicos	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 20,00	-
Exames especiais	30%	R\$ 130,00	-	30%	R\$ 100,00	-
Fisioterapia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 15,00	-
Fonoaudiologia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 15,00	-
Internação (cobrança por evento)		R\$ 370,00	-		R\$ 180,00	-
Nutrição	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 15,00	-
Procedimentos básicos	30%	R\$ 50,00	-	30%	R\$ 35,00	-
Procedimentos especiais	30%	R\$ 160,00	-	30%	R\$ 140,00	-
Psicoterapia	30%	R\$ 35,00	-	30%	R\$ 15,00	-
Diálise ou hemodiálise	0%	-	-	0%	-	-
Quimioterapia	0%	-	-	0%	-	-
Radioterapia	0%	-	-	0%	-	-



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

Folha 16/18

**20.** Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **6/18** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s).

**21.** Tenho ciência que, caso não ocorra a quitação da mensalidade em até 02 (dois) dias a contar da data do vencimento original da mensalidade, independente de aviso prévio, poderá ocorrer a **suspensão** do(s) benefício(s), cuja utilização somente será restabelecida em até **05 (cinco) dias**, a partir da quitação integral do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados.

**22.** Tenho ciência que a inadimplência por período superior a **30 (trinta) dias** após o **vencimento original da mensalidade**, acarretará a **exclusão** do titular e seus dependentes do plano de saúde tratados no presente instrumento de adesão.

**23.** Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)** após feita nova análise e **aceitação** das condições de minha **elegibilidade**. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de **novos prazos de carência parciais ou totais**, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

**24.** No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, inclusive dos valores de coparticipação, se for o caso, por período **superior a 30 (trinta) dias**, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**.

**25.** Em caso de cancelamento do(s) benefício(s), devolvarei imediatamente à **Administradora de Benefícios** os cartões de identificação do(s) **beneficiário(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

**26.** Não haverá nenhuma continuidade deste(s) benefício(s), nas hipóteses previstas nos **artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98**, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este(s) benefício(s).

**27.** O valor mensal do(s) benefício(s) poderá sofrer os seguintes reajustes: (I) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade, que ocorre anualmente na data de aniversário do contrato firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; (II) **reajuste por mudança de faixa etária**, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir. O reajuste por mudança de faixa etária não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica; e (III) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

FAIXA ETÁRIA	S380 / S450 S580 / S750	S80
	AUMENTO	AUMENTO
Até 18 anos	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	17,00%	17,00%
De 24 a 28 anos	22,00%	22,00%
De 29 a 33 anos	20,00%	20,00%
De 34 a 38 anos	5,00%	5,00%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	25,00%	25,00%
De 49 a 53 anos	10,00%	10,00%
De 54 a 58 anos	25,00%	25,00%
59 anos ou mais	75,00%	75,00%



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98



ANS - n° 41728-9

ANS - n° 32.630-5

28. Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) Operadora(s), quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

29. Tenho ciência que devo informar imediatamente a administradora de benefícios a eventual perda de vínculo que mantenho com a entidade indicada.

30. Estou ciente e de acordo que a AllCare realizará o tratamento dos meus dados pessoais e de eventuais dependentes de acordo com a legislação brasileira aplicável, especialmente no que se refere ao tratamento de dados de menores, sempre com respaldo em uma base legal válida, legítima e adequada ao tratamento e para uma finalidade específica, e nas hipóteses em que o consentimento for necessário, este será devidamente coletado.

31. Tenho ciência que a AllCare disponibiliza em seu website [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br) as Políticas de Privacidade com referências claras e destacadas a respeito do tratamento, finalidades de uso e compartilhamento dos dados pessoais, inclusive informações de como os direitos podem ser exercidos, e declaro estar de acordo com seus termos, mantendo o compromisso de acessar periodicamente as Políticas de Privacidade para me manter atualizado acerca dos tratamentos de dados pessoais realizados pela AllCare.

32. Tenho ciência que a AllCare disponibiliza um canal direto de comunicação de comunicação para que os titulares dos dados exerçam seus direitos de forma facilitada e gratuita, conforme previsto no item 7. COMO FALAR SOBRE DADOS PESSOAIS COM A ALLCARE? da Política de Privacidade da AllCare, disponibilizada no website [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br).

33. Estou ciente que caso queria alterar as formas de comunicação previstas nesta Proposta, terei que entrar com contato diretamente na Central de Atendimento da AllCare por meio do telefone **0800 941 4962**.

34. Poderei **desistir** desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja **comunicada por escrito à Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento.

35. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é o do meu domicílio.

Local e data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PROPOSTA DE ADESÃO  
AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

ANS - nº 41728-9

ANS - nº 32.630-5

Folha 18/18

## TERMO DE DECLARAÇÃO, CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "**Proposta**") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a **AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda.** (a "**Administradora de Benefícios**") e a **Amil Assistência Médica Internacional S.A.** (a "**Operadora**") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/18** desta **Proposta**.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível nos sites da operadora ([www.amil.com.br](http://www.amil.com.br)).
3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos Médicos** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e está disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site das operadoras.
4. Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu plano não me isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.
5. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o **Plano Referência**, que possui, dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s), mencionado(s) nas páginas **2** e **3** desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas páginas 4, 5 e 6 desta Proposta, ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o "**Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde**", e a cópia da presente "**Proposta**", da "**Carta de Orientação ao Beneficiário**" e da "**Declaração de Saúde**", e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o "**Guia de Leitura Contratual (GLC)**", serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora. O **Guia de Leitura Contratual (GLC)** e o **Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS)** constam no site da **Administradora de Benefícios: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br)**.

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo definido na folha **1/18** e **6/18** e está condicionada à **comprovação de minha elegibilidade** na **entidade** com a qual mantenho vínculo.

Local e data

Assinatura do titular ou responsável pelo menor  
(passível de reconhecimento em cartório)

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento AllCare:

**0800 941 4962 / 3003-6400**

**[www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br)**