

- ☐ 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 29 309 127/0148-03
- Para qualquer informação, ligue SAC: 0800-021-2583 SAC (deficiente auditivo): 0800-021-1001**

V.1602

Folha
1/9

Cód. do Produtor CNPJ	Nome do Produtor CNPJ	Cód. do Gerente/Supervisor	Nome do Gerente (Supervisor)
04.134-3	Unim do Seguro		JOSE MURAO
CPF do Produtor	Nome do Produtor CPF	Telefone do Corretor	
7.54.160.504-20	PAULO SERGIO	9609.2530	

Dados do Contrato

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

Dados da Empresa Contratante*

CNPJ	Porte
04.250.768/0001-74	<input type="checkbox"/> I (de 2 a 29 beneficiários) <input checked="" type="checkbox"/> II (de 30 a 99 beneficiários)
Razão Social	
SERVICO NACIONAL DE ARRENDIZAGEM RURAL SENAR ARIPE	
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	
SENAR ARIPE	
Inscrição Estadual*	Inscrição Municipal*

Contato*

Nome	Cargo	
MADJANE COSTA LEANDRO	RA	
DDD	Telefone	E-mail*
081	3312.8966	FINANCEIRO@SENAR-PE.COM.BR

Endereço (CNPJ)*

CEP	Logradouro	
50.770.720	RUA: SAO MIGUEL	
Logradouro (continuação)	Número	Complemento
	1050	
Bairro	Município	UF
AFogados	RECIFE	PE

Telefones*

DDD	Telefone (empresa)	DDD	Telefone (cobrança)	DDD	Telefone (celular)
081	3312.8966			081	8887.7149

Endereço para Correspondência*

CEP	Logradouro	
50.770.720	RUA: SAO MIGUEL	
Logradouro (continuação)	Número	Complemento
	1050	
Bairro	Município	UF
AFogados	RECIFE	PE

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

RECIFE, 02 de Junho de 2017

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

FAIXA ETÁRIA

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

Referência
ANS 466032113

Segmentação: Referência (Amb. + Hosp. com Obstetrícia)

Acomodação: Quarto Coletivo

Abrangência: Nacional

Reembolso: Não

Nº

Valor

☒ Declaro haver recusado a oferta do Plano Referência.

RECIFE, 02 de Dezembro de 2014

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

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

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
SEM COPARTICIPAÇÃO

**FAIXA
ETÁRIA**

Amil 200 QC Gr. Munic. RM PE PJCE
ANS 475227159

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Coletivo
Abrangência: Regional - Grupo de Municípios
Reembolso: Não

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 200 QP Gr. Munic. RM PE PJCE
ANS 475241154

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Regional - Grupo de Municípios
Reembolso: Não

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	

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

Cidades de Abrangência - Produto 200 RM PE

UF	Município
PE	Abreu e Lima
PE	Cabo de Santo Agostinho
PE	Camaragibe
PE	Carpina
PE	Caruaru
PE	Escada
PE	Garanhuns

UF	Município
PE	Goiana
PE	Gravata
PE	Igarassu
PE	Ipojuca
PE	Itapissuma
PE	Jaboatão dos Guararapes
PE	Olinda

UF	Município
PE	Paudalho
PE	Paulista
PE	Petrolina
PE	Recife
PE	São Lourenço da Mata
PE	Vitória de Santo Antão

RECIFE, 02 de Junho de 2013

Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

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

PRODUTOS CONTRATADOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA
SEM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	Amil 400 QC Nacional R PJCE ANS 472937144		Amil 400 QP Nacional R PJCE ANS 472940144	
	Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Coletivo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim	
	Nº	Valor	Nº	Valor
00 a 18			08	1.692,16
19 a 23				
24 a 28			01	330,50
29 a 33				
34 a 38			01	381,73
39 a 43			06	2.519,40
44 a 48			05	2.624,40
49 a 53			09	5.196,33
54 a 58			01	721,71
> 59				

FAIXA ETÁRIA	Amil 500 QP Nacional R PJCE – ANS 472942141		Amil 600 QP Nacional R PJCE – ANS 472839144		Amil 700 QP Nacional R PJCE – ANS 472841146	
	Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim	
	Nº	Valor	Nº	Valor	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						

RECIBO de 22/11/11
Local e Data

Rubrica do Representante da Empresa Contratante

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

**PRODUTOS CONTRATADOS – ASSISTÊNCIA MÉDICA
COM COPARTICIPAÇÃO**

FAIXA ETÁRIA	Amil 200 QC Gr. Munic. RM PE Copart PJCE ANS 475226151		Amil 200 QP Gr. Munic. RM PE Copart PJCE ANS 475240156	
	Nº	Valor	Nº	Valor
00 a 18			07	1.692,16
19 a 23			01	330,50
24 a 28			01	334,73
29 a 33			06	2.519,40
34 a 38			05	2.624,40
39 a 43			09	5.196,33
44 a 48			01	721,71
49 a 53				
54 a 58				
> 59				

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Coletivo
Abrangência: Regional – Grupo de Municípios
Reembolso: Não

Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia
Acomodação: Quarto Privativo
Abrangência: Regional – Grupo de Municípios
Reembolso: Não

Cidades de Abrangência – Produto 200 RM PE

UF	Município
PE	Abreu e Lima
PE	Cabo de Santo Agostinho
PE	Camaragibe
PE	Carpina
PE	Caruaru
PE	Escada
PE	Garanhuns

UF	Município
PE	Goiana
PE	Gravata
PE	Igarassu
PE	Ipojuca
PE	Itapissuma
PE	Jaboatão dos Guararapes
PE	Olinda

UF	Município
PE	Paudalho
PE	Paulista
PE	Petrolina
PE	Recife
PE	São Lourenço da Mata
PE	Vitória de Santo Antão

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.

PRODUTOS CONTRATADOS - ASSISTÊNCIA MÉDICA
COM COPARTICIPAÇÃO

FAIXA ETÁRIA	Amil 400 QC Nacional R Copart PJCE ANS 472936146		Amil 400 QP Nacional R Copart PJCE ANS 472939141	
	Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Coletivo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim	
	Nº	Valor	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		Amil 600 QP Nacional R Copart PJCE - ANS 472838146		Amil 700 QP Nacional R Copart PJCE - ANS 472840148	
	Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim		Segmentação: Amb. + Hosp. com Obstetrícia Acomodação: Quarto Privativo Abrangência: Nacional Reembolso: Sim	
	Nº	Valor	Nº	Valor	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						

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

Recuperação de Jure de 2011

Local e Data

Rubrica 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.

ESCOLHA
SUSTENTÁVEL

☐ Desejo receber as futuras cobranças em papel.

Forma de pagamento*

☒ Lâminas Mensais ☐ 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 demais obrigações integrantes do plano que agora subscrevo; ④ **tenho conhecimento de que a 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 poderá não aceitá-lo, sendo motivo para preenchimento de nova proposta de contratação; ⑥ tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano Amil Referência, quarto coletivo, com abrangência Nacional, e que ele a mim foi oferecido, sendo minha a 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 coparticipação/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 Leitura 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

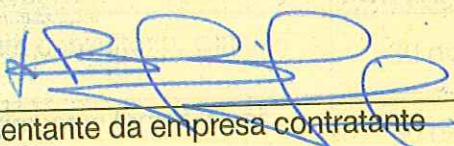
1ª via: Amil; 2ª via: contratante; 3ª via: corretor.

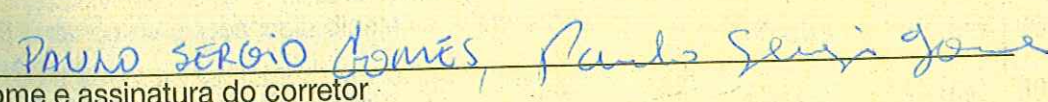
Declaração e termo de responsabilidades específicas - Dental

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 a 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 a Tabela de Preços vigente, que serão reajustados de acordo com a periodicidade, fixados pelos órgãos governamentais.


Nome e assinatura do representante da empresa contratante


Nome e assinatura do corretor

RECIFE

02

de

JUNHO

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
Diálise 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

Carência 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 casos 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 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: RECIFE, 02 de Junho de 2017

Nº da proposta contratual: 17414733

Nome do titular/responsável: Pio Oliveira Junior

CPF: 016.604.704-04

Nome do corretor: Paulo Sergio

Código: _____

CPF: 754.160.504-2

Assinatura Amil

Assinatura do corretor

Assinatura do responsável

1ª via: Amil; 2ª via: contratante.