



## TERMO DE ADESÃO

Foto 3x4  
recente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data da Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Masp: \_\_\_\_\_ Data Nomeação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

### Opção de Plano de Saúde:

AMAGIS SAÚDE (Estadual), registro ANS nº 434.278/00-0

AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS, registro ANS nº 471.054/14-1

**Endereço para correspondência:** ( ) Residencial ( ) Escritório ( ) Trabalho

#### 1 – Residencial:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2 – Escritório:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### 3 – Trabalho:

Rua/Av: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Dados Bancários:

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contribuição associativa está fixada em 1% sobre a integralidade da remuneração percebida (Art.8 Estatuto)

**Em caso de adesão ao Plano de Saúde:**

**AMAGIS SAÚDE** (Estadual):

<b>TABELA DE FAIXA ETÁRIA</b>				
<b>Faixas etárias</b>	<b>Titulares e dependentes</b>	<b>%</b>	<b>Agregados</b>	<b>%</b>
<b>0 a 18 anos</b>	116,08	0%	134,34	0%
<b>19 a 23 anos</b>	139,29	20%	161,20	20%
<b>24 a 28 anos</b>	167,15	20%	193,45	20%
<b>29 a 33 anos</b>	200,58	20%	232,13	20%
<b>34 a 38 anos</b>	230,67	15%	266,96	15%
<b>39 a 43 anos</b>	253,73	10%	293,65	10%
<b>44 a 48 anos</b>	284,34	12,06%	329,06	12,06%
<b>49 a 53 anos</b>	369,64	30%	427,78	30%
<b>54 a 58 anos</b>	480,53	30%	556,13	30%
<b>59 acima</b>	696,44	44,93%	805,98	44,93%

**AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS:**

<b>TABELA DE FAIXA ETÁRIA</b>				
<b>Faixas etárias</b>	<b>Titulares e dependentes</b>	<b>%</b>	<b>Agregados</b>	<b>%</b>
<b>0 a 18 anos</b>	R\$ 137,19	0%	R\$ 158,24	0%
<b>19 a 23 anos</b>	R\$ 164,62	20%	R\$ 189,88	20%
<b>24 a 28 anos</b>	R\$ 197,55	20%	R\$ 227,86	20%
<b>29 a 33 anos</b>	R\$ 237,06	20%	R\$ 273,43	20%
<b>34 a 38 anos</b>	R\$ 272,62	15%	R\$ 314,44	15%
<b>39 a 43 anos</b>	R\$ 299,88	10%	R\$ 345,89	10%
<b>44 a 48 anos</b>	R\$ 336,04	12,06%	R\$ 387,60	12,06%
<b>49 a 53 anos</b>	R\$ 436,86	30%	R\$ 503,88	30%
<b>54 a 58 anos</b>	R\$ 567,92	30%	R\$ 655,05	30%
<b>59 acima</b>	R\$ 823,08	44,93%	R\$ 949,36	44,93%

**DECLARAÇÃO:**

DECLARO, para todos os fins, principalmente de direito, que fui devidamente informado(a) sobre todas as condições do plano contratado, do qual recebi todas as informações, inclusive relativas às coberturas e procedimentos garantidos pelo plano assim como as suas exclusões de coberturas, prazos de carências, valores de contribuição vigentes nesta data e possibilidades de reajustes, o Regulamento, o Manual do Associado e a Rede Credenciada, bem como cópia deste Termo de Adesão. Afirmando também que, na presente data, recebi todas as informações necessárias para a obtenção do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como do Guia de Leitura Contratual – GLC, ambos disponíveis através de mídia digital através do endereço eletrônico: [www.amagis.com.br](http://www.amagis.com.br). Ante isso, SOLICITO minha inscrição no Quadro social da AMAGIS e no plano de saúde, conforme opção assinalada no presente Termo, assim como a de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) na forma do requerimento próprio, e AUTORIZO, desde que deferida esta solicitação, os descontos em folha e/ou conta corrente dos valores de contribuição associativa/coparticipação e das penalidades previstas no Estatuto e Regulamento do Plano de Saúde da Amagis, e, nestas condições venho REQUERER a minha adesão no(s) quadro(s) assinalado(s) abaixo, ciente do valor a ser descontado em folha de pagamento e/ou conta corrente.

**Somente Quadro Social**  
**Quadro Social e Plano de Saúde**

Nestes termos,  
pede deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura