



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):

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

AMAGIS SAÚDE – GRUPO DE ESTADOS:

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