

**TERMO DE ADITAMENTO CONTRATUAL – PERCENTUAL DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA**

Pelo presente instrumento Particular de Aditamento Contratual, de um lado a PLAMED – PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, com sede nesta capital, a Av. Barão de Maruim, 983, bairro São José, inscrita sob CNPJ 15.594.468/0001-29 e Registro na ANS 34346-3, ora denominada CONTRATADA e, do outro lado o senhor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_  
Identificado e qualificado na proposta de admissão de nº \_\_\_\_\_, designado como CONTRATANTE, tem entre si, justo e acordado, a alteração do contrato/plano retro assinalado, firmado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, conforme cláusulas e condições, abaixo descritas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

A cláusula 12.1, por força do presente aditivo, terá a seguinte redação:  
Havendo alteração de idade de qualquer dos beneficiários inscritos, que importe em deslocamento para outra faixa etária, o valor da contraprestação pecuniária será modificado, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, conforme os percentuais pré-estabelecidos abaixo:

**CLÁUSULA SEGUNDA– MANUTENÇÃO DAS DEMAIS AVENÇAS**

Reg. ANS	479432170	412782990	473841151	473842150	482109192	482108194	482110196
COD. PRODUTO	222	250	260	261	282	283	284
Faixa Etária	Percentual de Aumento por Faixa Etária						
Até 18 anos	0,00%						
De 19 a 23	25,00%						
De 24 a 28	25,00%						
De 29 a 33	10,00%						
De 34 a 38	5,00%						
De 39 a 43	10,00%						
De 44 a 48	25,00%						
De 49 a 53	10,00%						
De 54 a 58	25,00%						
59 ou mais	75,00%						

As demais cláusulas e condições avençadas no contrato permanecem inalteradas.

E, por estarem assim, justas e contratadas, firmam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Aracaju, SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Beneficiário Titular ou Responsável Legal  
(CONTRATANTE)

\_\_\_\_\_  
Plamed - Plano de Assistência Médica LTDA.  
(CONTRATADA)

Responsável Financeiro: \_\_\_\_\_

Testemunha 01: \_\_\_\_\_

Testemunha 02: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Declaro que, ao preencher a Proposta do Plano de Assistência a Saúde, recebi as Condições Gerais e seus aditivos, que foram integralmente lidos, entendidos e por mim aceitos, sem restrição ao seu conteúdo, o que confirmo aponto na referida proposta.

## DECLARAÇÃO DO CLIENTE

Reconheço e assumo toda responsabilidade pelas as informações prestadas inclusive as da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

Declaro ainda que tais informações são verdadeiras e completas, inclusive as relacionadas à minha saúde e a de meus dependentes e que não foram omitidas circunstâncias que possam prejudicar a implantação da proposta ou o preço, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito a suspensão ou rescisão unilateral do contrato nos termos da Lei 9.656/98 e artigo 5º da Resolução Normativa numero 162, estabelecida pela A.N.S.

Declaro ainda, para todos os fins e efeitos:

I – Que tenho ciência e estou de acordo com as Condições Gerais e Aditivos, inclusive quando aos Procedimentos Cobertos, Prazos de Carência, Abrangência de Atendimento, Tipo de Acomodação, Data de Pagamento, Formas de Reajustes, Exclusões de Cobertura e Rescisão estabelecidos no contrato, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação.

II – Que tenho ciência que o início de vigência deste contrato somente se dará após a assinatura da Proposta de Admissão e pagamento da 1º mensalidade e desde que aquela e toda a documentação necessária sejam entregue, sob protocolo, em até 24 horas, cuja implantação e vencimento obedecerão aos prazos estabelecidos a seguir:

Proposta assinada de 01 a 05 – Vencido dia 05 - Proposta assinada de 06 a 10 – vencido dia 10;

Proposta assinada de 11 a 15 – Vencido dia 15 - Proposta assinada de 16 a 20 – vencido dia 20;

Proposta assinada de 21 A 25 – Vencido dia 25 - Proposta assinada de 26 a 30 – vencido dia 30.

III – Que assinando esta Proposta estou autorizando a **Contratada**, a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente contrato;

IV – Que tenho ciência que uma eventual redução dos prazos de carência, previstas em Aditivos não alteram as coberturas de plano, as exclusões e limitações de cobertura, expressas nas Condições Gerais;

V – Que tenho ciência que me foi oferecido à opção pela Cobertura Parcial Temporária, tendo em vista a preexistência de lesão ou doenças identificadas na Declaração de Saúde, pelo que fiz a opção pela Cobertura Parcial Temporária com suspensão por 24 meses da cobertura de Eventos Cirúrgicos, Leitos de Alta Tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade para a(s) lesão(ões) preexistente(s) declarada(s);

## TERMO DE OPÇÃO

Que após esclarecido todas as informações e opções de produtos, optei pelo plano abaixo assinalado:

- PLAMED PRA TODA VIDA (AMB+HOSP+OBST) /ENFERMARIA
- PLAMED EXCLUSIVE (AMB+HOSP+OBST) /ENFERMARIA
- MAIS VOCÊ TOP (AMB+HOSP+OBST) /ENFERMARIA SC
- MAIS VOCÊ (AMB+HOSP+OBST) /ENFERMARIA CP
- PLAMED EXECUTIVE II (AMB+HOSP+OBST) /APARTAMENTO
- PLAMED GOLD I (AMB+HOSP+OBST) /ENFERMARIA
- PLAMED GOLD II (AMB+HOSP+OBST) /APARTAMENTO

Proposta de Admissão nº \_\_\_\_\_ Aracaju/SE, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável

**Tel.: (79) 4009-3100**

Av. Francisco Porto, 686  
Salgado Filho, Aracaju-SE  
CEP: 49020-570

## DECLARAÇÃO DE CADASTRO BIOMÉTRICO

Declaro para os devidos fins de direito, que estou ciente que devo, nos próximos 60 ( sessenta ) dias comparecer a qualquer endereço abaixo especificado com o objetivo de efetuar a minha BIOMETRIA.

Além disso, estou ciente que o objetivo deste procedimento é agilizar e tornar mais prático e seguro o meu atendimento.

**LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA A BIOMETRIA  
EM ARACAJU - SEDE DA PLAMED**

Av. Francisco Porto, 686 - Grageru

**EM CARMÓPOLIS**

Rua: Manoel Joventino Magalhães, s/nº - Santa Bárbara

ANS - nº 34.346-3

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

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

Obs.: Não é obrigatório o cadastramento biométrico para menores de 07 anos.

## DECLARAÇÃO DE CADASTRO BIOMÉTRICO

Declaro para os devidos fins de direito, que estou ciente que devo, nos próximos 60 ( sessenta ) dias comparecer a qualquer endereço abaixo especificado com o objetivo de efetuar a minha BIOMETRIA.

Além disso, estou ciente que o objetivo deste procedimento é agilizar e tornar mais prático e seguro o meu atendimento.

**LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA A BIOMETRIA  
EM ARACAJU - SEDE DA PLAMED**

Av. Francisco Porto, 686 - Grageru

**EM CARMÓPOLIS**

Rua: Manoel Joventino Magalhães, s/nº - Santa Bárbara

ANS - nº 34.346-3

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

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

Obs.: Não é obrigatório o cadastramento biométrico para menores de 07 anos.

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CONTRATO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que recebi neste ato o Contrato de Prestação de Serviço, o qual me foi entregue através de documento autônomo, anexo a proposta de adesão de nº \_\_\_\_\_, bem como estou ciente de todas as suas condições e cláusulas, assinando a presente declaração.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE CONTRATO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, que recebi neste ato o Contrato de Prestação de Serviço, o qual me foi entregue através de documento autônomo, anexo a proposta de adesão de nº \_\_\_\_\_, bem como estou ciente de todas as suas condições e cláusulas, assinando a presente declaração.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável