

**PLANO MÉDICO – CONTRATO 31/2025**

**AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.**

**Empregados/Aposentados admitidos antes de 01/06/2020**

**Sem coparticipação**

|  |
| --- |
| **Nome: Registro:** |
| **Ativo ( )**  **Autorizo o desconto, através da folha de pagamento dos valores divulgados para o benefício de Assistência à Saúde – BAS** |
| **Aposentado ( )**  **Boleto mensal enviado pela operadora com valor integral** |
| **Categoria**  **( ) Amil S380 QC sem coparticipação**  **( ) Amil S450 QP sem coparticipação**  **( ) Amil S750 QP sem coparticipação** |
| **( ) Adesão**  **( ) Mudança de Plano**  **( ) Declaro NÃO optar pela adesão ao plano coletivo da Operadora Amil Assistência Médica, que teve início em 01/09/2025.** |

**Em: \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA**