

CONTRATANTE: _____
pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede em

_____ neste ato representada conforme documentos societários anexos à PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONTRATADA: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 29.309.127/0001-79, **registrada na ANS sob o nº 326305**, neste ato representada pelo Corretor devidamente identificado na PROPOSTA CONTRATUAL, parte integrante desta errata.

CONSIDERANDO a necessidade de:

- (i) contemplar o critério de reajuste do valor de reembolso; e
- (ii) atendimento ao que estabelece a Resolução Normativa ANS nº 412, de 11 de novembro de 2016.

1 Valor de Reembolso

1.1. Na cláusula 15.1.1, **onde se lê:**

15.1.1 – Será utilizada, como base de cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO); valor esse definido na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

Leia-se:

15.1.1 – Será utilizada, como base de cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Reembolso Amil Dental multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO); valor esse definido na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

15.1.1.1 – O reajuste do valor do USO será de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado).

2 Resolução Normativa ANS nº 412

2.1. Ficam incluídas no Contrato o item 22.8 e seus subitens, nos seguintes termos:

Cancelamento a pedido do BENEFICIÁRIO TITULAR

22.8 – O **BENEFICIÁRIO** titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão (cancelamento) do Contrato, ou de seus dependentes, nos termos do disposto nesta Cláusula, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

22.8.1 – O pedido de exclusão (cancelamento) deverá ser apresentado perante a **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** (www.amildental.com.br), em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido. Esse processamento terá efeito imediato, considerando-se esse o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**, para todos os efeitos.

22.8.2 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido, poderá o **BENEFICIÁRIO** titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**.

22.8.3 – O novo pedido de exclusão (cancelamento) apresentado diretamente a **CONTRATADA** deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado a **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

Local e data: _____

Assinatura do corretor

Assinatura do representante da empresa contratante