

---

**Declaro que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida proposta ou no valor da contraprestação pecuniária, bem como estou ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro e artigo 3º da resolução 2/98 do Consu, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos, ficarei sujeito a suspensão ou denúncia do contrato.**

- 1** Declaro que tenho conhecimento do conteúdo do Manual de Orientação para contratação de planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, aceito a presente proposta contratual.
- 2** Declaro ter ciência de que a rede credenciada definida pelo tipo de plano contratado terá suas atualizações no site [www.amildental.com.br](http://www.amildental.com.br).
- 3** Declaro que tenho ciência de que o Rol de procedimentos odontológicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e estará disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).
- 4** Tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para quaisquer necessidades de consultas.
- 5** Tenho ciência de que a Amil desenvolve, continuamente, vários programas de saúde e que a elegibilidade para esses programas depende da ocorrência de situações de saúde bucal específicas. Assim, autorizo que a Amil tenha acesso aos resultados dos exames e tratamentos que vierem a ser cobertos por ela, com a finalidade específica de verificar a elegibilidade e o acompanhamento para um ou outro programa de saúde.
- 6** Estou ciente e autorizo a cobrança através de meio eletrônico.