|  |
| --- |
| *MODELO*  *PEDIDO DE FILIAÇÃO À ABRAMGE*  *(papel timbrado da empresa)* |

*(local) (data)*

À

Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE

Rua Treze de Maio, 1540 – Bela Vista

01327-002 - SÃO PAULO - SP

Prezados Senhores,

Vimos, pela presente, requerer à V.Sas., a admissão da empresa , registrada junto a ANS sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na modalidade de (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), no quadro associativo dessa Associação conforme Capítulo II, Seção I, Art. 6º, item ( )**i. Associada ou ( )ii. Associada Integrante do SINAMGE,** do Estatuto Social, aprovado em 18/08/2022 e suas alterações posteriores, declarando que está de pleno acordo com todos os termos do referido Estatuto, nos comprometendo a cumpri-lo integralmente.

Concluindo, anexamos à presente os seguintes documentos:

1. Contrato Social/Estatuto Social e alterações (cópias autenticadas)
2. Cópia da Inscrição Estadual
3. Cópia da Inscrição Municipal
4. Cartas de indicação de duas empresas associadas a Abramge **(modelo anexo nº2)** Nome das associadas:
   1. 1 -
   2. 2 -
5. QUESTIONÁRIO preenchido. **(modelo anexo nº3)**
6. Pedidos de Filiação ao SINAMGE, se aplicável.
7. Pedido de participação do Sistema Atendimento Abramge, se aplicável, há carência de 12 meses para a participação no Atendimento Abramge de Urgência e Emergência a contar da data do pedido de filiação com a entrega de toda a documentação.
   1. **Modelo Anexo 6**
   2. Preencher ficha cadastral **(modelo anexo nº5)** indicandoinformações necessárias para o pleno funcionamento do benefício:
      1. Dados de Contatos da Operadora
      2. Informações sobre disponibilização de Webservice
      3. Dados dos Locais de Atendimento oferecidos
      4. Cidades que a Operadora não quer que seu beneficiário seja coberto pelo Atendimento Abramge de Urgência e Emergência (seja pela área de cobertura, seja porque possui recursos próprios)

Atenciosamente,

**assinatura responsável**