

Pelo presente documento submeto à apreciação do **CLUB SAÚDE LTDA** (a "ADMINISTRADORA"), com sede na cidade do Rio de Janeiro (RJ), minha proposta de inscrição ao CLUB SAÚDE, para o fim de tornar-me um ASSOCIADO, e, assim, poder contar com a disponibilização, acesso e proveito dos Benefícios, tal como definidos e expostos no Regulamento da Associação ao CLUB SAÚDE (o "Regulamento"), cujo teor me foi dado amplo conhecimento anteriormente à assinatura da presente.

I - DECLARAÇÕES: Ao prestar as informações cadastrais que estão discriminadas no verso da presente,

DECLARO:

(a) estar ciente que esta Proposta será analisada pela ADMINISTRADORA, e que a mesma levará em conta todas as circunstâncias relacionadas às informações aqui prestadas, podendo, inclusive, a qualquer tempo, agora ou no futuro, promover as devidas confirmações e atualizações, prestando-se esta proposta para formalizar as autorizações necessárias, sem exceções ou limites;

(b) assumir total responsabilidade pela exatidão das informações e dados prestados, reconhecendo que quaisquer informações ou dados falsos, inverídicos, incompletos ou errôneos, importarão a perda dos meus direitos de ASSOCIADO do CLUB SAÚDE, e, assim, o cancelamento do meu acesso aos Benefícios advindos da associação ao CLUB SAÚDE;

(c) ter tido conhecimento do CLUB SAÚDE, e, bem assim, dos seus Benefícios, pela divulgação realizada por promotores contratados pela ADMINISTRADORA, devidamente identificados.

(e) que, adicionalmente às informações me foram prestadas, sinto-me bem esclarecido acerca do CLUB SAÚDE com base na leitura do Sumário Executivo do Regulamento, recebido no ato, e cuja guarda será da minha responsabilidade, tendo verificado que oferece explicações destacadas quanto aos direitos e obrigações do associado, sem, contudo, me dispensar da leitura e perfeita compreensão de todas as cláusulas e condições previstas no REGULAMENTO DA ASSOCIAÇÃO AO CLUB SAÚDE, que encontra-se disponível para o acesso no site www.clubsauude.com;

(d) que, para melhor saber a respeito, busquei e obtive maiores informações pelos promotores da divulgação, vindo a considerar como boas e aceitáveis aquelas relacionadas aos Benefícios e obrigações decorrentes da minha associação, tendo sido satisfatoriamente atendido ao formular minhas dúvidas a respeito do funcionamento do CLUB SAÚDE;

(f) ter conhecimento de que os Benefícios disponibilizados pelo CLUB SAÚDE no site www.clubsauude.com e no Manual do Usuário - EM VIGOR - a seus associados, no momento presente, são:

(X) Acesso a uma rede Credenciada com Atendimento Ambulatorial: consultas, exames laboratoriais, exames especiais e de maior complexidade, pagando valor compatível com tabela negociada entre o Club Saúde e os Prestadores da rede Club Saúde; Orientação Médica por Telefone 24 horas; **E**

(Y) Acesso a Medicamentos através de descontos diferenciados em ampla rede de farmácias, na maioria das regiões do Brasil;

(g) que, não obstante o referido em (f), acima, fui alertado de que a Central de Atendimento (telefone 0800 884 65 44 - ligação gratuita ou 21 3508-4444) é e será sempre o meio preferencial e mais adequado para obter quaisquer informações ATUAIS quanto aos Benefícios e os Fornecedores;

(h) me foi amplamente informado que os Benefícios do CLUB SAÚDE não são seguros, planos de saúde, programas ou planos de assistência, ou negócios similares, e, por isso, em qualquer situação ou ocorrência que envolva a responsabilidade profissional ou pessoal do Fornecedor de um Benefício, o ASSOCIADO tem o direito de adotar contra ele, exclusivamente, todas as medidas, judiciais e extrajudiciais, que julgar devidas com vistas à reparação dos prejuízos ou danos que sinta ter sofrido;

(i) que neste ato, pelos mesmos promotores que me atendem, recebi o Cartão de Associado CLUB SAÚDE (o "Cartão"), que, sem ser nominativo, tem no anverso o meu código de identificação de associado, sendo ainda informado que o acesso aos Benefícios dependerá, sempre, da apresentação do Cartão aos Fornecedores e digitação da minha SENHA pessoal;

(j) neste ato me foi fornecida uma SENHA pessoal provisória, de (6 dígitos), que por mim deverá ser alterada no momento da primeira utilização do Cartão em um dos Fornecedores da Rede de Fornecedores.

(k) Na hipótese de solicitar por qualquer razão uma nova senha, fica o ASSOCIADO ciente que a disponibilização dessa nova senha deverá ser solicitada na Central de Atendimento.

II - COMPROMISSOS: Como ASSOCIADO do Club Saúde estarei sujeito aos compromissos de:

(a) arcar com os custos da associação conforme as condições por mim definidas em III, adiante, de modo a ter assegurado o meu ingresso e minha permanência no CLUB SAÚDE, enquanto esteja cumprindo as Condições de Associações ajustadas em III, a seguir, contando com o prazo de até 72 (setenta e duas) horas do primeiro pagamento para passar a contar com a utilização dos Benefícios.

(b) sempre recorrer à Central de Atendimento, já informada acima, para obter novos esclarecimentos, sanar dúvidas que surjam como também expressar qualquer insatisfação com relação a qualquer benefício.

III. CONDIÇÕES DA ASSOCIAÇÃO PLANO MENSAL: Com vistas à minha associação e permanência como associado, pagarei ao CLUB SAÚDE os seguintes valores:

(A) **VALOR DE PERMANÊNCIA: R\$ 21,90** mensalmente.

IV. O Valor de Permanência poderá ser revisto pelo CLUB SAÚDE uma vez decorrido o prazo de 12 meses de associação.

V. Formas de pagamento

Estou ciente de que o valor referente a mensalidade do Club Saúde estipulada acima será debitada mensalmente na fatura mensal emitida pela LML Ltda. conjuntamente a cobrança dos produtos e serviços Gigalink.

DADOS DO PROPONENTE

CPF	Nome
Identidade	Telefone Fixo
Telefone Celular	Email
Endereço	
Loja/Unidade	Data Adesão

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do Proponente (igual ao documento de identificação)