

**TERMO DE ADESÃO****I - DADOS DO CABEÇALHO**

1 () Adesão () Retificação () Mudança Contratual () Reativação

2 CODE:

3 Matrícula do Associado:

4 Nº CAEPF:

5 () AB () AP () AR () AS

II - DADOS DO BENEFICIÁRIO

6 Nome:

7 Nome Social:

8 CPF:

9 RG:

10 CNS:

11 CNV:

12 Sexo:

13 Estado Civil:

14 Data de Nascimento:

15 CEP: /Endereço Completo:

16 Telefone Celular () WhatsApp

17 E-mail:

18 Relação de Dependência:

18 Nome Mãe:

Nome Pai:

III - DADOS DO TITULAR E/OU RESPONSÁVEL

20 Nome:

21 CPF:

22 e-mail:

23 Tel.:

24 Associado () AB () AP () AR () AS

IV - DADOS DO PLANO DE SAÚDE

25 Produto:

26 Nº de registro:

27 Código Tabela:

28 Acomodação em internação: () Enfermaria () Apartamento

29 Segmentação assistencial: *Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia*30 Área geográfica de abrangência e de atuação: *estadual (limitada ao Estado da Paraíba)*

31 () Portabilidade () CPT Data Início de Carência: ____/____/____

32 Formação do preço (mensalidade): *pré-estabelecido*

33 Mês do reajuste anual:

*34 Maior valor de Franquia:

35 Tabela de mensalidades*:

00-18

19-23

24-28

29-33

34-38

39-43

44-48

49-53

54-58

>=59

36 Data de Vencimento das mensalidades e outras obrigações: dia: () 07 () 15 () 21 () 28 de cada mês.

37 Sem serviços e coberturas adicionais, limitando-se a assistência à saúde exclusivamente ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

***Valores na data de adesão**

Declaro que, antes da assinatura do contrato, recebi cópia dos documentos: Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS; Guia de Leitura, Carta de Orientação ao Beneficiário para a Cobertura Parcial Temporária (CPT) e a respectiva Declaração de Saúde.

_____, ____ de _____ de _____.

Beneficiário titular

1. Eu, beneficiário titular, da FUNASA SAÚDE estou ciente que:
 - 1.1 A cobertura assistencial do plano de saúde objeto de adesão neste momento limita-se, exclusivamente, àquela constante no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde disponibilizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), disponível em www.ans.gov.br, observados os prazos máximos de carência constantes no inc. V do art. 12 da Lei 9.656/98 e eventual período de Cobertura Parcial Temporária decorrente de Doenças ou Lesões Pré-existentes;
 - 1.2 O plano de saúde ao qual estou aderindo tem **coparticipação** de 10% () ou 20% () sobre o valor de todos os atendimentos / procedimentos realizados fora da internação hospitalar, e **franquia** para os procedimentos / atendimentos realizados em regime de internação hospitalar, cujo pagamento é dever do beneficiário titular ou responsável nominado;
 - 1.3 O reajuste anual da mensalidade do Plano Coletivo Empresarial – PCE ou Coletivo p/ Adesão - PCA, (Campo 30) é aplicado no mês do aniversário do contrato, nominado no Campo 33 – Mês do Reajuste anual deste Termo, para todo grupo familiar, conforme as regras estabelecidas no contrato/convênio firmado entre a FUNASA SAÚDE e a entidade/empresa contratante, com aprovação do Conselho de Administração (CONAD) da Funasa Saúde, cujos membros eleitos representam os beneficiários no órgão de Deliberação; Não se aplicam as regras e limites estabelecidos pela ANS para os reajustes dos planos individuais;
 - 1.4 A assinatura deste termo resulta no ingresso nos quadros associativos da FUNASA SAÚDE e no aceite aos termos do Estatuto social da entidade e às demais deliberações dos órgãos que compõem a entidade;
2. Desde já autorizo a FUNASA SAÚDE a:
 - 2.1 Utilizar as vias de contato informados neste termo, para o beneficiário titular ou responsável e seus dependentes, como canal de comunicação, inclusive para envio eletrônico de cobrança;
 - 2.2 Processar a cobrança das mensalidades, coparticipação e franquia em nome do beneficiário titular ou responsável, com os valores devidos pelo vínculo de todo grupo familiar inscrito sob sua responsabilidade, sendo:
 - 2.2.1 **A 1ª mensalidade:** no ato da adesão, mediante quitação de boleto bancário no ato da emissão, com mensalidade pro-rata.
 - 2.2.2 **As demais mensalidades:** no dia 7, 15, 21 ou 28 de cada mês, quando a adesão do titular ocorrer entre os dias 01 a 07 (vencimento 07); 08 a 15 (vencimento 15); 16 a 21 (vencimento 21); ou 22 a 31 de cada mês (vencimento 28) respectivamente;
 - 2.3 Cobrar, juntamente com a primeira mensalidade e anualmente no mês de aniversário do contrato, a anuidade associativa prevista no Estatuto social da FUNASA SAÚDE para o grupo familiar inscrito.

V - DADOS DE PAGAMENTO				
38 () Consignação em folha de pagamento		39 Empresa:		40 Matrícula:
41 () Débito Conta BB	42 Ag:	43 Conta:	44 CPF/CNPJ:	45 () Boleto Bancário

_____, _____ de _____ de _____.

Beneficiário titular