**TERMO DE ADESÃO OU EXCLUSÃO AO PLANO DE SAÚDE HAPVIDA E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

**( ) INCLUSÃO TITULAR ( ) INCLUSÃO DEPENDENTE ( ) EXCLUSÃO TITULAR ( ) EXCLUSÃO DEPENDENTE**

**Plano:** 6516 – Pleno 310E  **Área de abrangência:** Mineiros, Jataí, Rio Verde, Quirinópolis

**Nº Carteirinha Hapvida Titular: Data inclusão:**

**DADOS DO SERVIDOR TITULAR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servidor:** |  | | | | |
| **Cargo:** |  | | | **Matrícula:** |  |
| **Data Nasc.** | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **CPF:** |  |
| **RG:** |  | **Órgão Expedidor:** |  | **Estado Civil:** |  |
| **Endereço:** |  | | | | |
| **Bairro:** |  | | | **CEP:** |  |
| **Cidade/UF:** |  | | | **Nome Completo da Mãe:** |  |

**DADOS DOS DEPENDENTES:** (escreva os dados dos dependentes que deseja incluir/excluir)

**1º DEPENDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** |  | | | **Parentesco:** |  |
| **Nome da Mãe:** |  | | | **CPF:** |  |
| **Data Nasc.** | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **RG:** |  |
| **Nº Carteirinha no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

**2º DEPENDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** |  | | | **Parentesco:** |  |
| **Nome da Mãe:** |  | | | **CPF:** |  |
| **Data Nasc.** | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **RG:** |  |
| **Nº Carteirinha no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

**3º DEPENDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** |  | | | **Parentesco:** |  |
| **Nome da Mãe:** |  | | | **CPF:** |  |
| **Data Nasc.** | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **RG:** |  |
| **Nº Carteirinha no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

Obs.: Esta sessão lista a documentação necessária para inclusão de dependente:

* Cônjuge ou companheiro(a) – Certidão de Casamento ou Declaração de Convívio Marital registrada em Cartório, assinada pelo casal e constando o tempo de convivência e CPF.
* Filho(a) até 21 anos – Certidão de Nascimento ou RG e CPF.
* Filho(a) até 24 anos – Certidão de Nascimento ou RG, comprovação de universitário e CPF.
* Outros dependentes – Certidão de Nascimento ou RG e CPF se for acima de 18 anos.

Sirvo-me desse documento para **AUTORIZAR** a Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior - FIMES a proceder o desconto em minha folha de pagamento do(s) valor(es) devido(s) das mensalidades (conforme tabela de valores vigente da HAPVIDA) e coparticipações (nos meses de ocorrência) relativos a minha adesão, bem como de meu(s) Dependente(s), no Plano de Saúde operacionalizado pela Hapvida Assistência Médica S.A, empresa com sede no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, na Av. Heráclito Graça, 406, Centro, CEP – 60140-061, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 63.554.067/0001-98 e na ANS sob o nº 30.209-1. Declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as normas de utilização do Plano de Assistência Médica, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes.

1. Perante a UNIFIMES, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano de Assistência Médica ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes;
2. Ao assinar este termo, afirmo estar ciente das cláusulas dispostas no quadro de carências.
3. Estou ciente que o contrato possui reajuste anual em todo mês de junho de cada ano.
4. Confirmo a veracidade das informações preenchidas na Declaração de Saúde em anexo.

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações contidas nesta declaração e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que venha ocorrer.

Pelo presente, as partes declaram que o uso ou desenvolvimento de qualquer sistema observarão as disposições da à Lei 13.709/18 que regulamenta a proteção de dados pessoais e da Lei nº 12.965/14 que regulamenta o Marco Civil da Internet, em especial:

**O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado mediante o fornecimento de consentimento pelo titular, o que é outorgado com a assinatura do presente termo.**

A não observância de qualquer disposição das referidas leis e clausulas aqui firmadas, implicarão em responsabilidade exclusiva do infrator.

Mineiros, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor (a)

(Legível e compatível com o documento de identificação)