**TERMO DE ADESÃO OU EXCLUSÃO AO PLANO DE SAÚDE UNIMED/GOIÂNIA E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

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

**Tipo de Plano Contratado:**

( ) UNIEMPRESA CP 30 APTO ( ) UNIEMPRESA ENF

Registro ANS: 479.602/17-1 Registro ANS: 465.786/11-1

( ) UNIEMPRESA CP 30 ENF ( ) UNIFÁCIL EMPRESA CP 30 APTO

Registro ANS: 479.603/17-9 Registro ANS: 433.642/00-9

**DADOS DO SERVIDOR:**

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

**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:** |  |
| **Matricula no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

**2º DEPENDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** |  | | | **Parentesco:** |  |
| **Nome da Mãe:** |  | | | **CPF:** |  |
| **Data Nasc.** |  | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **RG:** |  |
| **Matrícula no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

**3º DEPENDENTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** |  | | | **Parentesco:** |  |
| **Nome da Mãe:** |  | | | **CPF:** |  |
| **Data Nasc.** |  | **Sexo:** | **( ) M ( ) F** | **RG:** |  |
| **Matrícula no Plano:** |  | | | **Data inclusão:** |  |

Obs.: Para inclusão, anexar cópia de CPF e RG do dependente e/ou agregado ao formulário. Os dados são de preenchimento obrigatório para todos dependentes.

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 faixa etária vigente da UNIMED) e coparticipações (nos meses de ocorrência) relativos a minha adesão, bem como de meu(s) Dependente(s), no Plano de Saúde operacionalizado pela Unimed, empresa situada no Município de Goiânia, Estado de Goiás, na Praça Gilson Alves de Souza, nº 650, Quadra 32, Lote 8 E, Setor Bueno, CEP 74210-250, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.476.067/0001-22 e na ANS sob o nº 382876. Declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as normas de utilização do Plano de Saúde, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes.

1. Perante a UNIFIMES e perante terceiros, 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 julho de cada ano.

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 do presente termo, implicarão em responsabilidade exclusiva do infrator.

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

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

Assinatura do(a) servidor(a)

(Legível e compatível com o documento de identificação)