

UNIMED

ADESÃO PLANO DE SAÚDE INSTITUCIONAL (Assistência à Saúde Suplementar/Portaria Normativa nº5/2010/SRH/MPOG)

*Preenchimento do campo obrigatório

DADOS DO(A) SERVIDOR(A)		
*Nome Completo:		
Estado Civil:	*Mat.SIAPE:	Admissão:
Cargo:	*Lotação:	*Ramal:
*Telefone:		Mês de Adesão:
*E-mail:		

*TIPO DO PLANO / PADRÃO DE ACOMODAÇÃO		
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> QUARTO INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> MASTER – QUARTO INDIVIDUAL

*DADOS DO TÍTULAR E DEPENDENTES		
NOME (sem abreviatura)	GRAU DE PARENTE SCO	DATA DE NASC.
1.	-----	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
NOME (sem abreviatura)	CPF*	VALOR INTEG.
1. Titular*		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
TOTAL		

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de Adesão no Plano de Saúde Institucional que designo a(s) pessoa(s) acima relacionadas como meu dependente, conforme o Artigo 4º, da Portaria Normativa nº5/2010/SRH/MPOG, responsabilizando-me pela utilização do Plano, **estando ciente de que a utilização indevida acarretará prejuízos pessoais e para todos os beneficiários do Plano. Filhos entre 21 e 24 anos estou ciente do envio semestralmente do Comprovante de matrícula em Curso Regular, reconhecido pelo MEC. O não envio deste comprovante suspenderá automaticamente o ressarcimento no mês subsequente ao início de cada semestre(fevereiro e agosto).** Declaro, ainda, como verdadeiras as informações prestadas neste formulário.

_____/_____/_____
Local Data Assinatura

TERMO DE COMPROMISSO DE PAGAMENTO

Comprometo-me a pagar mensalmente o valor referente ao Plano de Saúde, ciente de que a ausência de consignação na minha folha de pagamento não me desobriga a efetuar o pagamento sob minha responsabilidade.

Declaro, ainda, estar ciente de que a inadimplência por 30 (trinta) dias acarretará na minha

exclusão e dos meus dependentes, sendo o valor da parcela não paga lançado na minha folha de pagamento, na forma da legislação vigente, com base no artigo 46, da Lei nº8.112/1990. A exclusão por inadimplência está prevista no item 2.4.6 do Termo de Referência da Portaria Normativa nº5/2010 e no Edital de Pregão Eletrônico nº90/2009.

_____ / _____ / _____
Local

_____ / _____ / _____
Data

Assinatura

ANEXOS

Cópia de Documentos Obrigatórios:

a) Servidor:

- RG, CPF, Comprovante de Residência com CEP e Comprovação de vínculo com o IFBA (contracheque ou termo de exercício);

b) Dependente:

- Filho até 21 anos – CPF, RG (Se menor de 18 anos Certidão de Nascimento)

- Filho entre 21 e 24 anos – CPF, RG (Se menor de 18 anos Certidão de Nascimento) e Comprovante de matrícula em Curso Regular, reconhecido pelo MEC a ser enviado semestralmente. O não envio deste comprovante suspenderá automaticamente o benefício do Per Capta Saúde Suplementar.

- Enteadado – CPF, RG (Se menor de 18 anos Certidão de Nascimento)

- Cônjuge – CPF, RG e Certidão de Casamento

- Companheiro – RG, CPF e Declaração de União Estável registrada em cartório

c) Pai e/ou Mãe – RG, CPF e Comprovação de Dependência Econômica via **Declaração de Imposto de Renda atualizado.**

OBSERVAÇÕES

***PREENCHER “DECLARAÇÃO DE SAUDE”**