

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE
☐ TITULAR
☐ DEPENDENTE

01- DADOS DO EMPREGADO

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)					DATA ADMISSÃO
CARGO	SEXO ☐ F ☐ M	DATA DE NASCIMENTO	CPF	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	TELEFONE
ENDEREÇO COMPLETO (AV, RUA, PRAÇA)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	NÚMERO CARTÃO SUS	CEP	
FILIAÇÃO					
FILIAÇÃO					
OPÇÃO DO PLANO DO BENEFICIÁRIO TITULAR					
☐ ENFERMARIA ESTADUAL		☐ ENFERMARIA NACIONAL		☐ APARTAMENTO NACIONAL	

02- TERMO DE ADESÃO

PELO PRESENTE INSTRUMENTO EU, _____

ABAIXO ASSINADO, MATRÍCULA _____, SOLICITO A MINHA INCLUSÃO E DE MEU(S) DEPENDENTE(S), ABAIXO RELACIONADO(S), NO PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE ASSINALADA ACIMA, E AUTORIZO O DÉBITO EM CONTRA CHEQUE MENSAL.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- EM CASO DE SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO A PEDIDO DO EMPREGADO, HAVERÁ EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE.
- EM CASO DE SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO EM VIRTUDE DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ OU AUXÍLIO DOENÇA, O EMPREGADO DEVERÁ RECOLHER O VALOR CORRESPONDENTE À MENSALIDADE DO PLANO, EFETUANDO DEPÓSITO NA CONTA DA CAGEPA, A SER INFORMADA PELA SUBGERÊNCIA DE COMPENSAÇÃO E CARREIRA.
- A NÃO COMPROVAÇÃO DO RECOLHIMENTO REFERENTE AO VALOR DA MENSALIDADE DO BENEFÍCIO, NOS CASOS DE SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO EM VIRTUDE DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ OU AUXÍLIO DOENÇA, ACARRETERÁ NA EXCLUSÃO DO PLANO DE SAÚDE.

DATA	ASSINATURA DO EMPREGADO	MATRÍCULA
------	-------------------------	-----------

03 - DADOS DO(S) DEPENDENTE(S) / AGREGADO(S)

D	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
D	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
D	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
D	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS

CASO O NÚMERO DE DEPENDENTES SEJA MAIOR QUE QUATRO (4), UTILIZAR OUTRO FORMULÁRIO E PREENCHER APENAS OS CAMPOS: NOME DO EMPREGADO E DADOS DO(S) DEPENDENTE(S).