

**TERMO DE ADESÃO, RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO
EM FOLHA DE PAGAMENTO
(PLANO DE SAÚDE – UNIMED BH)
UNIPART FLEX NACIONAL APARTAMENTO n.º 0253380 Reg. ANS n.º 463792/115
Modulo Opcional n.º0253380
Produtos e Serviços Opcionais n.º 0253380**

Eu, _____, filiado (a) ao SINDSEMPMG, MAMP n.º _____, autorizo a minha inclusão como usuário (a) titular e de meu(s) dependente(s), ao Contrato Coletivo por Adesão UNIPART FLEX NACIONAL ADESÃO COM PATROCINADOR APARTAMENTO, Registrado na ANS sob o n.º 463792/115 tendo como objeto Assistência médica hospitalar, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, com cobrança de co-participação em consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, e com utilização exclusiva na rede AMPLA UNIMED-BH e Intercâmbio Sistema Unimed Mineiro, celebrado entre a UNIMED BH COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA, CNJP n.º 16.513.178/0001-76, com registro na ANS de n.º 343889, e o SINDSEMPMG – Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, CNPJ n.º 07.669.367/0001-41, com sede na Rua Araguari, 1706, Santo Agostinho, Belo Horizonte, MG.

Declaro que estou de acordo com todos os termos do Contrato acima mencionado, autorizando a Procuradoria Geral de Justiça – PGJ, a promover o **desconto em folha de pagamento em favor do SINDSEMPMG**, do montante relativo à(s) mensalidade(s) do plano contratado, e seus complementos quando houver (co-participações, plano de remoção aeromédico). Para efeito de cadastramento, forneço no cadastro ao presente termo, os dados necessários do Usuário/beneficiário titular bem como de meus dependentes, se houver.

Declaro estar ciente de que, caso minha margem consignável esteja excedida ou por qualquer motivo não ocorra o desconto em meu contracheque, estou obrigado, sob pena de rescisão do plano ora contratado, sem prévia notificação, a depositar a importância não quitada do Contrato n.º 0253380 e Modulo Opcional n.º 0253380, Produtos e Serviços Opcionais n.º 0253380 diretamente em conta-corrente do SINDSEMPMG (Caixa Econômica Federal, Conta Corrente n.º 034.00001149-3, Agência 0935) bem como apresentar o comprovante de tal crédito em no máximo 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data do contracheque que deixar de sofrer o respectivo desconto.

Declaro estar ciente de que enquanto a Procuradoria Geral Justiça não autorizar o desconto em folha de pagamento, a cobrança do plano contratado pelo sindicalizado será feita através de boleto bancário.

Declaro estar ciente de que, as inclusões deverão ser solicitadas até dia 09 e as exclusões até o dia 30 de cada mês.

Declaro estar ciente de que o valor a ser pago mensalmente (referente ao titular e aos dependentes) será aquele constante da Tabela UNIMED BH em vigor nesta data e co-participações definidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED BH, acrescido do percentual fixo de 7% (sete por cento) sobre o valor da(s) mensalidade(s) as despesas administrativas.

Declaro ainda que, em caso rescisão do presente termo de adesão, seja voluntariamente, seja por descumprimento das obrigações contratuais, seja por ter se desfiliado do SINDSEMPMG, comprometo-me a efetuar a devolução das devidas carteiras de usuário (titular e dependentes) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o último desconto em meu contracheque.

No caso de utilização indevida pelo usuário titular e/ou dependentes, após o cancelamento do plano fica o SINDSEMPMG, desde já, autorizado a efetuar tal cobrança das mensalidades e co-participações em minha Folha de Pagamento, ou boleto bancário, ou outra forma de cobrança a critério do Sindicato.

Esclareço que fui bem informado sobre as condições do contrato, coberturas, e ratifico que estou de acordo com todas as cláusulas contratuais.

E por estar de pleno acordo, assino o presente termo de adesão e autorização de desconto em folha de pagamento.

Local, _____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Titular (nome completo e legível)

Testemunha
Nome e CPF

Testemunha
Nome e CPF

Juntamente com a assinatura do presente termo é necessário o envio da cópia dos seguintes documentos:

C.P.F., C. I.

C.P.F., C. I. e cópia de Certidão de casamento, do cônjuge.

Certidão de nascimento dos filhos menores.

C.P.F. e C.I. dos filhos maiores de 18 anos.

C.P.F. e C.I. do(a) companheiro(a), bem como a declaração de união estável.

Declaração de Saúde devidamente preenchida (emitida pela UNIMED BH);

Cópia do comprovante de endereço do sindicalizado, dependente ou funcionário;