

**TERMO DE ADESÃO, RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO
EM FOLHA DE PAGAMENTO
(PLANO DE SAÚDE – UNIMED BH)
Contrato Coletivo por Adesão UNIPART FLEX NACIONAL ENFERMARIA n.º 0253380
Modulo Opcional n.º 0253380
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 ENFERMARIA, Registrado na ANS sob o n.º 463791117, tendo por 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 contra-cheque, 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 Módulo 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 devem ser feitas até dia 09 e exclusões devem ser solicitadas 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).

Declaro ainda que, em caso rescisão do presente termo de adesão, seja voluntariamente, seja por descumprimento das obrigações contratuais, seja por ter se desfilado 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 preenchidas (emitida pela UNIMED BH);

Cópia do comprovante de endereço do sindicalizado, dependente ou funcionário