

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

EU (nome completo).....

FUNCIONÁRIO LOTADO NA.....

CPF.....,RG.....

autorizo a minha inclusão como usuário (a) titular e de meu(s) dependente(s), ao Contrato Coletivo por Adesão HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, Registrado na ANS sob o n.º 36.825-3, tendo por objeto ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR e ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, sem cobrança de co-participação em consultas, exames, terapias, procedimentos e internações, e com utilização exclusiva na rede HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Declaro que estou de acordo com todos os termos do Contrato acima mencionado, autorizando a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, a promover o **desconto em folha de pagamento em favor da HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA**, do montante relativo à(s) mensalidade(s) do plano contratado.

PLANILHA DE PREÇOS POR FAIXA ETÁRIA		
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0 - 18	R\$ 116,67	R\$ 157,50
19 - 23	R\$ 116,67	R\$ 157,50
24 - 28	R\$ 116,67	R\$ 157,50
29 - 33	R\$ 116,67	R\$ 157,50
34 - 38	R\$ 116,67	R\$ 157,50
39 - 43	R\$ 116,67	R\$ 157,50
44 - 48	R\$ 288,76	R\$ 389,83
49 - 53	R\$ 288,76	R\$ 389,83
54 - 58	R\$ 288,76	R\$ 389,83
59 OU +	R\$ 699,09	R\$ 943,77

Para efeito de cadastramento, forneço no cadastro ao presente termo, os dados necessários do Usuário/beneficiário titular bem como de meus dependentes, se houver.

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.

São Francisco do Conde,de..... de 2015.

.....
Assinatura do Titular (nome completo e legível)

PROPONENTE TITULAR					
Nome					
Cont. (nome)				CPF	
Data de nascimento	Sexo () M () F	RG		Órgão	UF
Estado civil		E-mail			
Nome da mãe					
CEP		Rua/Av.			
N°	Complemento	Bairro	Cidade	UF	
Perímetro		Ponto de referência		Valor	
Telefone 1		Telefone 2		Acomodação () Apartamento () Enfermaria	
DADOS DOS(S) PROPONENTE(S) DEPENDENTE(S)					
Nome do Dependente 01					
Nome da mãe					
Data de nascimento	Sexo () M () F	Estado civil		Parentesco	
Certidão de nascimento		RG		Valor	
CPF do depende		N° Nascido vivo		Acomodação () Apartamento () Enfermaria	
Nome do Dependente 02					
Nome da mãe					
Data de nascimento	Sexo () M () F	Estado civil		Parentesco	
Certidão de nascimento		RG		Valor	
CPF do depende		N° Nascido vivo		Acomodação () Apartamento () Enfermaria	
Nome do Dependente 03					
Nome da mãe					
Data de nascimento	Sexo () M () F	Estado civil		Parentesco	
Certidão de nascimento		RG		Valor	
CPF do depende		N° Nascido vivo		Acomodação () Apartamento () Enfermaria	

Assinatura do proponente Titular: _____

ATENÇÃO: OBRIGATÓRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO CONTRACHEQUE