**TERMO DE ADESÃO AO PLANO PLANO DE SAUDE XXXXXXXXXXXXX**

**Autorização para Desconto**

**Empregadora**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Empregado(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) da Carteira Profissional XXXXX série XXX, inscrito(a) no CPF sob nº XXXXXXXXXX e cadastrado(a) no PIS sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro, para os devidos fins, que tenho conhecimento de que o plano de saúde disponibilizado pela empregadora, qual seja, **(Descrever Plano de Saúde Contratado)**, está sujeito às seguintes condições:

1. A assistência médica e hospitalar custeada pela empregadora contempla apenas o empregado (segurado titular), não sendo extensivo aos seus dependentes;
2. A empregadora será responsável por arcar apenas com a mensalidade do segurado titular, cabendo a ele, portanto, suportar eventuais valores adicionais devidos a título de coparticipação;
3. É possível a inclusão de dependentes, nos termos do Contrato firmado entre a empregadora e a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo que a mensalidade destes e valores excedentes eventualmente cobrados do titular e dependentes (coparticipação para a realização de exames, consultas, procedimentos etc.) deverão ser integralmente suportados pelo segurado titular do plano de saúde;
4. Devem ser observadas as regras de inclusão do segurado titular e de eventuais dependentes, bem como os períodos de carência constantes do Contrato firmado entre a empregadora e a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; e
5. O plano inicialmente disponibilizado prevê acomodação em enfermaria individual.

Declaro que li e entendi as considerações acima expostas e:

( ) Solicito minha inclusão no plano de assistência médica fornecido pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

( ) Solicito a inclusão de meu(s) dependente(s) no plano de assistência médica fornecido pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizando o desconto correspondente à mensalidade, consultas, exames e procedimentos realizados pelo(s) dependente(s) em meu salário.

Gentileza informar o nome e vínculo do(s) dependente(s), em relação ao colaborador titular, cuja inclusão é ora solicitada:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Opto por não ser incluído no plano de saúde disponibilizado pela empregadora.

Justificativa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**XXXXXXXXXX/XX, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMPREGADO**