

**Termo de Adesão ao NOSSO Plano de Saúde  
(designado responsável ou representante legal do designado responsável)**

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OBRIGATÓRIO INDICADO POR (\*) OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DESTE TERMO. NÃO SEPRE AS FOLHAS.

Empresa na qual o titular foi/é vinculado\* \_\_\_\_\_ Matrícula\* \_\_\_\_\_

 Designado responsável  Representante legal do designado responsável (responsável por menor ou incapaz)**Solicito minha adesão como designado responsável do NOSSO Plano de Saúde na categoria de plano assinalada abaixo:****Opções de Plano\*** NOSSO Integral  NOSSO Ampliado  NOSSO Conforto  NOSSO Total  NOSSO Conceito  
 NOSSO Regional Enfermaria  NOSSO Regional Apartamento**Dados do designado responsável ou do representante legal do designado responsável (responsável por menor ou incapaz)**

Nome completo\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Estado Civil\* \_\_\_\_\_ Grau de parentesco com o titular\* \_\_\_\_\_

Naturalidade (cidade onde nasceu)\* \_\_\_\_\_ Nacionalidade\* \_\_\_\_\_

Endereço\* \_\_\_\_\_

Bairro\* \_\_\_\_\_ CEP\* \_\_\_\_\_ UF (estado)\* \_\_\_\_\_ Município\* \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ DDD\* \_\_\_\_\_ Telefone\* \_\_\_\_\_

RG\* \_\_\_\_\_ Órgão exp.\* \_\_\_\_\_ Data de expedição\* \_\_\_\_\_ CPF\* \_\_\_\_\_

Nome da mãe\* \_\_\_\_\_

Nome do pai\* \_\_\_\_\_

**Dados bancários**

Banco		Agência		Conta corrente		
Número*	Nome do banco*	Número*	Dígito*	Tipo*	Número*	Dígito*

**Dados do designado responsável (menor ou incapaz representado pelo representante)**

Nome completo\* \_\_\_\_\_ Data de nascimento\* \_\_\_\_\_ Sexo\* \_\_\_\_\_

RG\* \_\_\_\_\_ Órgão exp.\* \_\_\_\_\_ Data de expedição\* \_\_\_\_\_ CPF\* \_\_\_\_\_ Grau de parentesco com o titular\* \_\_\_\_\_

Nome da mãe\* \_\_\_\_\_

Nome do pai\* \_\_\_\_\_

Assinatura do designado responsável ou de seu representante legal\* \_\_\_\_\_ Assinatura do titular\* \_\_\_\_\_

## Termo de Ciência e Declaração (designado responsável ou representante legal do designado responsável)

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OBRIGATÓRIO INDICADO POR (\*) OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DESTE TERMO. NÃO SEPRE AS FOLHAS.

Empresa na qual o titular foi/é vinculado\*

Matrícula\*

Nome completo do titular\*

Designado responsável  Representante legal do designado responsável (responsável por menor ou incapaz)

### Declaro:

1. Estar ciente que o NOSSO Plano de Saúde é um plano coletivo na modalidade de pré-pagamento e custo por faixa etária, portanto, a cobrança da mensalidade refere-se ao custeio das despesas realizadas no mês subsequente e que, de acordo com a data de efetivação da adesão, o primeiro valor cobrado poderá ser acumulado com as mensalidades do mês da adesão e do(s) subsequente(s).
2. Estar ciente que responderei pelos custos deste plano de saúde, nos termos dos Regulamentos dos planos, bem como das coparticipações financeiras quando da utilização da assistência médico-hospitalar, AUTORIZANDO a Funcesp a processar as respectivas cobranças por meio de boleto bancário.
3. Estar ciente que responderei por todas as obrigações relativas ao plano de saúde de acordo com os Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde.
4. Estar ciente que as regras de carência estão estabelecidas nos Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde.
  - a) No caso dos participantes que não estão inscritos em planos de saúde da Funcesp e solicitarem a adesão ao NOSSO Plano de Saúde, o início de vigência deste plano de saúde será a partir do efetivo recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Funcesp, devidamente preenchido e assinado;
  - b) No caso dos usuários que estão inscritos no PES que solicitarem a adesão ao NOSSO Plano de Saúde, o cancelamento do plano anterior será efetivado automaticamente no último dia do mês da solicitação e o início de vigência do novo plano será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Funcesp, devidamente preenchido e assinado;
  - c) No caso dos usuários inscritos no NOSSO Plano que solicitarem a migração de plano, o cancelamento do plano anterior será efetivado automaticamente no último dia do mês da solicitação e o início de vigência do novo plano será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Funcesp, devidamente preenchido e assinado.
5. Estar ciente que receberei comunicado formal confirmando minha adesão ao NOSSO Plano de Saúde ou a de meu representado e que, até o recebimento do cartão de identificação, necessitarei de contato prévio com a Funcesp para obtenção de atendimento pela rede credenciada.
6. Estar ciente que os Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e a relação dos recursos credenciados estão disponíveis no portal da Funcesp ([www.funcesp.com.br](http://www.funcesp.com.br)).
7. Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que estou ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do Regulamento implicará em sanções regulamentares e penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal e dos Artigos 186 e 187 do Código Civil, bem como as relacionadas no Estatuto Social e o no Código de Conduta e Princípios Éticos da Funcesp.
8. De acordo com os itens dispostos acima.

Assinatura do designado responsável ou de seu representante legal\*

Assinatura do titular\*

Local\*

Data\*

Este formulário deverá ser enviado por meio das Caixas de Autoatendimento ou via Correios, para Al. Santos, 2477 - 9º andar - Gerência de Cadastro - CEP 01419-907 - São Paulo - SP. Estamos à disposição pelo Disque-Fundação nos telefones 0800.012.7173 e (11) 3065-3000, e-mail: [atendimento@funcesp.com.br](mailto:atendimento@funcesp.com.br).