

**Termo de Adesão ao NOSSO Plano de Saúde (Titular)**

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

\_\_\_\_\_  
Empresa na qual foi vinculado\*\_\_\_\_\_  
Matrícula\*

**Solicito minha adesão como titular do NOSSO Plano de Saúde na categoria de plano assinalada abaixo e a de meus familiares, nas categorias disponibilizadas no formulário anexo.**

**Opções de Plano\***

- NOSSO Integral     NOSSO Ampliado     NOSSO Conforto     NOSSO Total     NOSSO Conceito  
 NOSSO Regional Enfermaria     NOSSO Regional Apartamento

**Observação:** Para a inclusão de dependentes, agregados e/ou designados, preencher também o Termo de Adesão ao NOSSO Plano de Saúde (dependentes, agregados e/ou designados). Para designado responsável, preencher formulário específico.

**Dados do Titular**\_\_\_\_\_  
Nome completo do titular\*\_\_\_\_\_  
Naturalidade (cidade onde nasceu)\*\_\_\_\_\_  
Nacionalidade\*\_\_\_\_\_  
Endereço\*\_\_\_\_\_  
Bairro\*\_\_\_\_\_  
CEP\*\_\_\_\_\_  
UF (estado)\*\_\_\_\_\_  
Município\*\_\_\_\_\_  
E-mail\_\_\_\_\_  
DDD\*\_\_\_\_\_  
Telefone residencial\*\_\_\_\_\_  
DDD\_\_\_\_\_  
Telefone celular\_\_\_\_\_  
DDD\_\_\_\_\_  
Telefone comercial\_\_\_\_\_  
RG\*\_\_\_\_\_  
Órgão exp.\*\_\_\_\_\_  
Data de expedição\*\_\_\_\_\_  
CPF\*\_\_\_\_\_  
Nome da mãe\*\_\_\_\_\_  
Nome do pai\*\_\_\_\_\_  
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.

**Termo de Ciência e Declaração (Titular)**

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

\_\_\_\_\_  
Empresa na qual foi vinculado\*

\_\_\_\_\_  
Matrícula\*

\_\_\_\_\_  
Nome completo do titular\*

**Declaro:**

1. Estar ciente que o NOSSO Plano de Saúde é um plano coletivo, na modalidade de pré-pagamento e custos por faixa etária, portanto, a cobrança da mensalidade refere-se ao custeio das despesas a serem 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. a) Estar ciente que, na qualidade de participante titular do NOSSO Plano de Saúde, serei responsável pelos custos deste plano de saúde, nos termos dos Regulamentos dos planos, bem como pelas coparticipações financeiras quando da utilização da assistência médico-hospitalar — minha e de meus dependentes, agregados e/ou designados — AUTORIZANDO a Funcesp a processar a cobrança bancária.  
  
b) Comprometer-me a quitar eventuais débitos pendentes, caso existam, conforme determinam os Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde.
3. Estar ciente que a aceitação deste Termo de Adesão condiciona a aceitação das regras e dos procedimentos operacionais estabelecidos nos Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde.
4. Estar ciente que a adesão de meu(s) dependente(s), agregado(s) e/ou designado(s) no NOSSO Plano de Saúde, exceto quando pensionistas previdenciários, estão condicionadas efetivamente à presença do titular em um dos planos de saúde administrados pela Funcesp.
5. Estar ciente que as regras de carência estão estabelecidas nos Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde.
6. O início da vigência deste plano de saúde dar-se-á da seguinte forma:
  - 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.
8. Estar ciente que receberei comunicado formal confirmando minha adesão ao NOSSO Plano de Saúde e/ou de meu(s) dependente(s), agregado(s) e/ou designado(s) e que, até o recebimento dos cartões, necessito do contato prévio com a Funcesp para obtenção de atendimento pela rede credenciada.
9. Estar ciente que os Regulamentos do NOSSO Plano de Saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), 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)).
10. 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.

De acordo com os itens dispostos acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular\*

\_\_\_\_\_  
Local\*

\_\_\_\_\_  
Data\*

**Termo de Adesão ao NOSSO Plano de Saúde  
(dependentes, agregados e/ou designados)**

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

\_\_\_\_\_  
Empresa na qual foi vinculado\*\_\_\_\_\_  
Matrícula\***Dados do dependente, agregado ou designado****Opções de Plano\***

- NOSSO Integral     NOSSO Ampliado     NOSSO Conforto     NOSSO Total     NOSSO Conceito  
 NOSSO Regional Enfermaria     NOSSO Regional Apartamento

\_\_\_\_\_  
Nome completo\*\_\_\_\_\_  
Data de nascimento\*\_\_\_\_\_  
Estado civil\*\_\_\_\_\_  
Grau de parentesco com o titular\*\_\_\_\_\_  
Sexo\*\_\_\_\_\_  
Naturalidade (cidade onde nasceu)\*\_\_\_\_\_  
Nacionalidade\*\_\_\_\_\_  
Endereço (preencher somente se for diferente do titular)\*\_\_\_\_\_  
Bairro\*\_\_\_\_\_  
CEP\*\_\_\_\_\_  
UF (estado)\*\_\_\_\_\_  
Município\*\_\_\_\_\_  
DDD\*\_\_\_\_\_  
Telefone residencial\*\_\_\_\_\_  
E-mail\_\_\_\_\_  
RG\*\_\_\_\_\_  
Órgão exp.\*\_\_\_\_\_  
Data de expedição\*\_\_\_\_\_  
CPF\*\_\_\_\_\_  
Nome da mãe\*\_\_\_\_\_  
Nome do pai\*\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular\*\_\_\_\_\_  
Local\*\_\_\_\_\_  
Data\*