**TERMO DE ADESÃO À REDE CREDENCIADA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE MEDMUR ASSISTENCIAL LTDA**.

De um lado MEDMUR ASSISTENCIAL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, cadastrada no CNPJ sob o nº. 29.443.344/0001-57, com sede em Muriaé/MG, na Rua Constantino Pinto, nº 104, bairro Centro, CEP 36.880-003, neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, simplesmente denominada CONTRATADA, e de outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carteira de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no estado de \_\_\_\_\_\_\_\_, telefone residencial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, simplesmente denominado CONTRATANTE, tem entre si como justo e contratado o que se segue:

O contrato a que se refere este termo tem por objeto exclusivo o oferecimento da clínica credenciada MEDMUR LTDA. pela CONTRATADA, a qual garantirá descontos fixos ao CONTRATANTE e seus dependentes nos procedimentos descritos na tabela de cobertura de cada área de segmentação. **NÃO SE TRATA DE MODALIDADE DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, mas de serviço de operacionalização de descontos e benefícios pela CONTRATADA aos consumidores aderentes.

|  |
| --- |
| **Tipo de plano** |

( ) Contrato Individual: R$20,00 (vinte reais).

( ) Contrato Familiar: R$25,00 (vinte e cinco reais).

( ) Acréscimo agregado: R$5,00 (cinco reais) por pessoa agregada.

|  |
| --- |
| **Beneficiários dependentes** |

1 – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2 – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3 – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4 – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5 – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| **Data de vencimento** |

( ) Dia 10 de cada mês.

( ) Dia 20 de cada mês.

( ) Último dia de cada mês.

|  |
| --- |
| **Declaração** |

Pelo preenchimento do presente Termo, a pessoa física abaixo qualificada manifesta seu interesse em aderir à rede credenciada de assistência à saúde da CONTRATADA. O CONTRATANTE declara ciência de que a formalização da adesão estará condicionada à aceitação dos termos do contrato de adesão à rede credenciada e à respectiva análise da documentação, bem como assume inteira responsabilidade sobre as declarações aqui prestadas, quanto a sua veracidade e sobre o ônus que venha a causar à empresa por uso inadequado de seus direitos ou procedimentos não cobertos no contrato, mesmo que por qualquer pretexto. Declara, ainda, que conhece, por inteiro, o teor do contrato a que este se refere.

Assim, firmo o presente Termo de Adesão.

Muriaé/MG, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CONTRATANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CONTRATADA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

TESTEMUNHAS (1)

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

TESTEMUNHAS (2)

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.