

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

Empresa: _____

Declaro que:

() Concordo expressamente com a minha inclusão no PLANO DE SAÚDE instituído pela Convenção Coletiva de Trabalho 2013. Declaro estar ciente e autorizo o desconto em folha de pagamento referente ao plano por mim escolhido, conforme abaixo assinalado. Assim como o valor da mensalidade do(s) meu(s) dependente(s), caso opte em inclui-lo(s).

() Não concordo em aderir ao plano de saúde, estando ciente que se desejar aderir posteriormente, terei que cumprir as carências contratuais previstas em contrato.

Marque a opção do plano desejado:

NOSSO PLANO	NOSSO PLANO (SEM PARTO)				NOSSO PLANO (COM PARTO)			
	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO	
TITULAR (funcionário)	R\$ 35,89		R\$ 68,18		R\$ 41,30		R\$ 76,04	
DEPENDENTE	R\$ 90,40		R\$ 131,08		R\$ 97,22		R\$ 140,98	

MIX	MIX (SEM PARTO)				MIX (COM PARTO)			
	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO	
TITULAR (funcionário)	R\$ 57,42		R\$ 99,42		R\$ 64,47		R\$ 109,63	
DEPENDENTE	R\$ 117,52		R\$ 170,41		R\$ 126,40		R\$ 183,27	

PLENO	PLENO (SEM PARTO)				PLENO (COM PARTO)			
	ENFERMARIA		APARTAMENTO		ENFERMARIA		APARTAMENTO	
TITULAR (funcionário)	R\$ 107,68		R\$ 172,27		R\$ 118,50		R\$ 187,98	
DEPENDENTE	R\$ 180,80		R\$ 262,18		R\$ 194,45		R\$ 281,96	

Obs1.: Será acrescido somente no primeiro mês a **Taxa de Adesão de R\$ 7,34** para o Titular .

Obs2.: Será acrescido somente no primeiro mês a **Taxa de Adesão de R\$ 9,27** para o Dependente.

DADOS FUNCIONÁRIO (TITULAR)

NOME COMPLETO				
NOME DA MÃE				
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () M () F	CPF	ADMISSÃO ____/____/____	CELULAR
ENDEREÇO			COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE		ESTADO CIVIL	
PLANO ESCOLHIDO () HAPVIDA NOSSO PLANO () HAPVIDA MIX () HAPVIDA PLENO			ACOMODAÇÃO () ENFERMARIA () APARTAMENTO	VALOR (R\$)

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

NOME COMPLETO				
NOME DA MÃE				
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () M () F	CPF (IDADE IGUAL OU MAIOR DE 18 ANOS)	GRAU DE PARENTESCO () FILHO () CÔNJUGUE	VALOR DO PLANO (R\$)

NOME COMPLETO				
NOME DA MÃE			GRAU DE PARENTESCO () FILHO () CÔNJUGUE	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () M () F	CPF (IDADE IGUAL OU MAIOR DE 18 ANOS)	CELULAR	VALOR DO PLANO (R\$)

NOME COMPLETO				
NOME DA MÃE			GRAU DE PARENTESCO () FILHO () CÔNJUGUE	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () M () F	CPF (IDADE IGUAL OU MAIOR DE 18 ANOS)	CELULAR	VALOR DO PLANO (R\$)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O reajuste ocorre anualmente na data base (mês de aniversário do contrato: Janeiro).

Os valores relacionados no termo tem vigência até Dezembro de 2020.

Fortaleza (CE) _____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO