

Empresa	Unidade	Matrícula
---------	---------	-----------

Por este termo de adesão e responsabilidade, solicito minha inclusão e de meus dependentes abaixo relacionados no Plano de Saúde mediante as condições aqui pactuadas, observando, no entanto, as cláusulas contratuais constantes no contrato principal, o qual tomei conhecimento.

01. OPÇÃO DE ADESÃO AO PLANO APARTAMENTO

<input type="checkbox"/> Sim. Solicito a minha adesão ao plano.	Nome do plano
<input type="checkbox"/> Não tenho interesse em aderir ao plano de saúde	

02. MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Solicito a mudança do meu plano de saúde de:	Para o plano:	<input type="checkbox"/> Solicito inclusão de dependente
--	---------------	--

03. DADOS DO TITULAR

Nome (completo sem abreviaturas)					
Principal atividade desenvolvida					Origem:
CPF	Data nasc. (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Est. civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C
Naturalidade	Documento de identificação (RG)	Data da expedição	Órgão expedidor	IH	
Nome da mãe (completo sem abreviaturas)					
Endereço de correspondência / Logradouro (Rua, Avenida, Praça...)				Número	Complemento
CEP	Bairro	Cidade		UF	
Telefone residencial		Telefone comercial		Telefone celular	
Cartão nacional de saúde		E-mail			

04. DADOS DOS DEPENDENTES

D 1	Nome completo (sem abreviaturas)			<input type="checkbox"/> Plano médico <input type="checkbox"/> Produto Aeromédico <input type="checkbox"/> Plano odontológico	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			Parentesco
	Documento de identificação (RG)		Data da expedição	Órgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo
D 2	Nome completo (sem abreviaturas)			<input type="checkbox"/> Plano médico <input type="checkbox"/> Produto Aeromédico <input type="checkbox"/> Plano odontológico	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			Parentesco
	Documento de identificação (RG)		Data da expedição	Órgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo
D 3	Nome completo (sem abreviaturas)			<input type="checkbox"/> Plano médico <input type="checkbox"/> Produto Aeromédico <input type="checkbox"/> Plano odontológico	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			Parentesco
	Documento de identificação (RG)		Data da expedição	Órgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo

Documentos para adesão/inclusão de empregado: 1. Registro do Empregado (RE) ou cópia do Contrato de Trabalho; 2. Cópia do CPF do empregado. Documentos para adesão/inclusão de Dependentes (Cópias): 1. Certidão de casamento ou união estável; 2. RG, Certidão de nascimento ou termo de guarda provisória; 3. CPF dos dependentes maiores de 18 anos. -

Observações: O campo DNV (Declaração de Nascido Vivo) é obrigatório para os dependentes nascidos a partir de janeiro de 2010. Este formulário deverá ser enviado à Usisaúde pelo e-mail: usisaudecadastro@usiminas.com.

Somente planos empresariais

Declaro que no momento da minha adesão ao plano de saúde, tomei conhecimento das seguintes condições do contrato principal:
a) Valor do custo do meu plano de saúde de acordo com a minha faixa etária enquanto funcionário ativo; b) Valor da minha contribuição e do empregador enquanto funcionário ativo;
c) Valor da mensalidade no caso de permanência no plano de saúde de ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado.
Declaro ainda ter sido informado que as tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis na minha empresa ou poderão ser solicitadas **junto a Usisaúde. Afirmando ter recebido anteriormente a minha adesão ao Plano de Saúde, uma cópia do MPS (Manual de Orientação para Contratação).**

Declaro ter recebido anteriormente a minha adesão ao Plano de Saúde, uma cópia do MPS (Manual de Orientação para Contratação)

Assinatura do Empregado: _____

_____, de 20_____. Assinatura da empresa: _____

Caso o número de dependentes seja maior que quatro (4), utilizar outro formulário e preencher apenas os campos: Nome do funcionário e dados do(s) dependente(s) / agregado(s).