

1. PEDIDO DE ADESÃO

Solicito a minha adesão, como titular, assim como a inscrição dos meus dependentes elegíveis, perante o Plano Stellantis Saúde Apartamento, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 41.828-5, a partir das declarações e obrigações a seguir relacionadas.

2. DADOS DO TITULAR

Nome completo (sem abreviações):			
Empresa:		Matrícula:	CRESP:
Telefone:	E-mail:	Data de nascimento:	Sexo: () F () M
Nome da mãe (sem abreviações):			

3. TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Comprometo-me a pagar as coparticipações do plano, a partir da minha utilização e/ou dos meus dependentes, na forma a seguir apontada:

Consultas em programas de Promoção da Saúde	Isento
Consultas programadas na Rede Própria	Isento
Consultas programadas na Rede Credenciada, dentro e fora dos Núcleos de Saúde	R\$20,00
1º ao 3º atendimento em Pronto Socorro no mesmo ano (por beneficiário)*	Isento
A partir do 4º atendimento em Pronto Socorro no mesmo ano (por beneficiário)*	40% (limitado a R\$50,00)
Procedimentos ambulatoriais*	30% (limitado a R\$100,00**)
Terapias em geral*	30% (limitado a R\$100,00**)
Exames em geral*	30% (limitado a R\$100,00**)
Internação*	R\$200,00
Terapias Especiais (radioterapia, tomografia e hemodiálise)	Isento
Exames preventivos (papanicolau, mamografia, PSA e sangue oculto nas fezes)	Isento

*Aplicável para consultas de urgência / emergência, realizadas em âmbito nacional

** Por procedimento

3.2 Na condição de titular, autorizo o desconto mensal das coparticipações diretamente da minha folha de pagamentos, conforme a utilização comprovada. Caso não haja margem consignável suficiente para o desconto (limite de 15%), estou ciente de que o saldo será transferido para a próxima folha de pagamento. Autorizo, na hipótese de impossibilidade de desconto, a emissão de título de cobrança ou boleto bancário para o mesmo fim.

4. DECLARAÇÕES

1. Estou ciente de que:

A) As coparticipações poderão ser atualizadas a partir de estudo atuarial realizado pela STELLANTIS Saúde.

B) O plano de saúde é gratuito porque não se exige mensalidade dos beneficiários. Sendo assim, não há direito de permanência em caso de rescisão do contrato de trabalho, aposentaria por invalidez ou afastamento por prazo superior àquele previsto no regulamento do plano. Diante de eventual hipótese de manutenção no plano, comprometo-me a pagar, além das coparticipações, a mensalidade equivalente ou o custo assistencial mensal.

C) O regulamento do plano de saúde da Stellantis Saúde, ao qual estou requerendo adesão, e respectivo guia de leitura contratual estão disponíveis no endereço eletrônico: www.stellantissaude.com.br.

D) O meu pedido de adesão será processado em até 30 (trinta) dias após ser recebido pela Stellantis Saúde e desde que todos os meus dependentes elegíveis tenham apresentado número válido de CPF (Cadastro de Pessoa Física) junto à Receita Federal do Brasil, independentemente da idade.

E) A presente opção não é passível de cancelamento, ocorrendo de maneira inequívoca, irretroatável e irrevogável. Celebrado o presente termo, não há possibilidade de retorno e/ou opção por acomodação inferior, coletiva ou plano diverso.

F) Após a entrega da(s) nova(s) carteiras, as primitivas deixarão de funcionar.

G) É de minha inteira responsabilidade comunicar aos meus dependentes inscritos todas as regras e condições aqui pactuadas.

4.2. Declaro que preenchi o Termo de Adesão ao Plano Stellantis Saúde Apartamento com atenção, entendi e estou de acordo com as condições do regulamento. Declaro, ainda, que fiz declarações em meu nome, de meus dependentes e afirmo que sou responsável pela observância às regras e seu cumprimento integral.

Minas Gerais, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do titular ciente e de acordo

Matrícula ou CPF: _____

Protocolo de adesão ao Plano Stellantis Saúde Apartamento:

Declaro que recebemos a inscrição do colaborador e dos seus dependentes elegíveis na forma do regulamento do plano de saúde ao qual se requer adesão.

Minas Gerais, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e carimbo – Relacionamento com o Cliente