

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE MEDIAL SAÚDE

DADOS PESSOAIS DO INTERESSADO			
Nome:		Matrícula	
Email:	Telefone Residencial: ()	Celular: ()	
Identidade:	Órgão Expedidor:	CPF:	
Categoria:			
Assistido	Autopatrocinado	Ativo	

Solicito minha inclusão no plano de saúde da Medial Saúde a partir do mês _____ de _____, no tipo de plano **Standard** [] **Luxo** []. Declaro estar ciente de que a Previnorte é apenas mediadora entre seus participantes e a Medial Saúde, cabendo-me o custo integral dos valores referentes a mim e meus dependentes abaixo indicados, **conforme respectiva(s) faixa(s) etária(s)**. Outrossim, autorizo a cobrança desses valores conforme a categoria na qual me incluo:

Desconto em folha de pagamento de benefícios da Previnorte (**Assistidos**).

Emissão de boleto bancário (**Autopatrocinados**).

Desconto em folha de pagamento dos patrocinadores (**Ativos**).

	Nome do dependente	Parentesco	Data de Nascimento
01)			
02)			
03)			
04)			
05)			

Obs: anexar as cópias dos documentos (identidade e CPF e/ou certidão de casamento e/ou certidão de nascimento) juntamente com o termo de adesão.

ASSINATURA

Participante	Local / Data