

Termo de Adesão à FioSaúde

Ficha de Cadastro - Caixa de Assistência Oswaldo Cruz

Para uso da FioSaúde
Matrícula:



Dados do Servidor ou Empregado das Instituidoras

NOME _____ CPF _____

Dados do BENEFICIÁRIO PARTICIPANTE

Nome				
Grau de parentesco _____	Plano _____	Nº registro do plano _____ <i>Ver no rodapé</i>		
Sexo: <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem	Nome da mãe _____			
Data de Nascimento / /	Estado Civil:	CPF _____		
RG nº	Órgão	Data de expedição / /	Email _____	
Endereço		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel. Res.: ()	Tel. Com.: ()	Celular: ()		
Banco	Nome do banco	Agência	Nome da agência	Conta Corrente <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/>

Dados do Responsável Legal

Nome		Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino		
Data de Nascimento / /	Estado Civil:	CPF _____		
Tipo de documento	Número do documento	Órgão Emissor/UF		
Data de emissão / /	E-mail para contato: _____			
Banco	Nome do banco	Agência	Nome da agência	Conta Corrente <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/>

DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Declaro haver lido, compreendido e aceito integralmente, sem restrições, os termos do regulamento do plano coletivo empresarial oferecido pela CAIXÁ DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ - FIOSAÚDE, especialmente: área de abrangência geográfica, padrão de acomodação, valor da mensalidade, coberturas e procedimentos garantidos, exclusões de cobertura, duração do contrato, períodos de carências, atendimento de urgência e emergência, mecanismos de regulação (coparticipação), reajuste e rescisão/suspensão.
2. Que tive acesso ao Regulamento, ao Guia de Leitura Contratual e ao Manual de Orientação para contratação de planos de saúde, disponibilizados no site da FIOSAÚDE, na forma da legislação em vigor.
3. Que o pedido de exclusão deverá ser feito diretamente à FIOSAÚDE.
4. Que a cobrança das mensalidades e demais obrigações financeiras (coparticipações e franquias) decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde deverão ser quitadas através de boleto bancário no vencimento indicado pela FIOSAÚDE.
5. Que em caso de inobservância do prazo estabelecido para pagamento das mensalidades e coparticipações, estas ficarão sujeitas à multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, acrescidos de correção monetária.
6. Que tenho ciência que a FIOSAÚDE poderá excluir ou suspender a assistência à Saúde dos beneficiários quando houver interrupção do pagamento das contribuições, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, por ano de vigência da inscrição.
7. Que é de minha inteira responsabilidade manter o endereço atualizado de correspondência comunicando à FIOSAÚDE eventuais mudanças, não sendo futuramente admitidas alegações quanto ao não recebimento de avisos despachados por via postal.
8. Que o cancelamento de inscrição somente poderá ser acolhido e processado mediante a devolução da respectiva carteira personalizada válida, obrigando-me a ressarcir à FIOSAÚDE por todas as despesas indevidas realizadas após a data de exclusão do plano de saúde.
9. Que me responsabilizo integralmente por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim a partir desta data.
10. Que as informações por mim prestadas neste Termo de Adesão são verdadeiras assumindo integral responsabilidade perante à FIOSAÚDE e terceiros.
11. Que a data de início da garantia de cobertura assistencial (vigência) e da contagem dos prazos de carências, no caso de inscrição nos planos Total Saúde Família IV e V, dar-se-á no primeiro dia do mês seguinte ao do recebimento deste termo de adesão pela FIOSAÚDE, ressalvada a inscrição com exercício de portabilidade de carências. Nesse caso, a data de início será a partir da data em que a FIOSAÚDE deferir o pedido de portabilidade.
12. Declaro, ainda, a autenticidade dos documentos, ora apresentados, que comprovam a relação de parentesco consanguíneo ou por afinidade com o beneficiário titular.

Números de registro, de acordo com cada plano:

Família I (470024134) Família II (470023136) Família III (470022138) Total Saúde Família IV (482.042/18-8) Total Saúde Família V (482.041/18-0)

Rio de Janeiro, ____/____/____ ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO PARTICIPANTE OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL
LOCAL DATA

DATA LOCAL DE ATENDIMENTO Rio de Janeiro FUNCIONÁRIO DA FIOSAÚDE