

<b>TERMO DE ADESÃO</b>	Número	
------------------------	--------	--

**BENEFICIÁRIO TITULAR**

Nome do Beneficiário Titular \_\_\_\_\_

Matrícula Funcional do Beneficiário Titular \_\_\_\_\_ Data de Admissão na Empresa \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Nº do Cartão Nacional de Saúde \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ Data de Expedição \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Número/Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe (sem abreviações) \_\_\_\_\_ Telefone  Residencial \_\_\_\_\_  Comercial \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_

Nome Completo do Pai (sem abreviações) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Estado Civil  Solteiro  Casado  Desquitado  Viúvo  Divorciado  Separado  União Estável

Indicação se residência é no Brasil ou exterior \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_

**TERMOS E CONDIÇÕES**

**Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:**

- I. Estou ciente das sanções previstas nas normas em caso de constatação de utilização indevida do Plano CorreiosSaúde.
- II. Cumprirei os períodos de carência conforme disposto no manual do plano, estando ciente de que, durante o meu período de experiência do contrato de trabalho, utilizarei exclusivamente os serviços prestados nas Unidades de Atendimento da Postal Saúde.
- III. Estou ciente de que o início da vigência do Plano CorreiosSaúde se dará somente após análise da elegibilidade.
- IV. Estou ciente de que a rede credenciada está disponível no portal da Postal Saúde ([www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)).
- V. Autorizo a Postal Saúde recolher os valores oriundos de coparticipação, por meio de desconto em folha de pagamento e ou em boleto bancário.
- VI. Li e concordo com as regras que regem o Plano CorreiosSaúde.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local/data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Postal Saúde

Obs.: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Postal Saúde responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto.

**ANS - nº 41913-3**

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_  
matrícula: \_\_\_\_\_  Deferido  
em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  Indeferido

**Portal da POSTAL SAÚDE:** [www.postalsaude.com.br](http://www.postalsaude.com.br)  
**Central de Atendimento 24h:** 0800 888 8116  
**Central de Atendimento para**  
**Deficientes Auditivos:** 0800 888 8117