

Termo de Adesão à FioSaúde

Ficha de Cadastro de Beneficiários da Caixa de Assistência Oswaldo Cruz



Para uso da FioSaúde
Matrícula: _____

Dados do TITULAR

NOME													
Plano: _____				Nº do registro do plano*: _____				* Veja o número no rodapé					
CPF				Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem		Data de nascimento / /							
RG nº				Órgão Expedidor				Data da Emissão / /		Estado Civil			
Nome da mãe													
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"/>			
Email:								Lotação (unidade)					
Data de exercício/admissão / /				Patrc		Matric. Siape/Patrocinadora							

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 CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ - FIOSAUDE, 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 FIOSAUDE, na forma da legislação em vigor.
3. Que os pedidos de inclusão e exclusão de beneficiários (titular e dependentes) deverão ser feitos diretamente à FIOSAUDE, responsável pela verificação das condições de elegibilidade e/ou dos documentos exigidos para comprovação de laços de parentesco.
4. Que a cobrança das mensalidades e demais obrigações financeiras (coparticipações e franquias) decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde não descontados em folha deverão ser quitados por meio de fichas de compensação bancária nos vencimentos indicados pela FIOSAUDE.
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 FIOSAUDE poderá excluir ou suspender a assistência à Saúde dos beneficiários quando houver interrupção do pagamento das contribuições, inclusive em função da inscrição de meus dependentes, 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 FIOSAUDE eventuais mudanças, não sendo futuramente admitidas alegações quanto ao não recebimento de avisos despachados por via postal.
8. Que o cancelamento de inscrição de qualquer beneficiário(a) somente poderá ser acolhido e processado mediante a devolução da respectiva carteira personalizada válida, obrigando-me a ressarcir à FIOSAUDE 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 e meus dependentes, a partir desta data.
10. Que as informações por mim prestadas neste Termo de Adesão são verdadeiras assumindo integral responsabilidade perante a FIOSAUDE 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 I e II, dar-se-á no primeiro dia do mês seguinte ao do recebimento deste termo de adesão pela FioSaúde, ressalvadas as inscrições com exercício de portabilidade de carências. Nesse caso, a data de início será a partir da data em que a FIOSAUDE deferir o pedido de portabilidade.
12. Autorizo a FIOSAUDE a descontar em folha de pagamento os valores das mensalidades, coparticipações, franquias e demais obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde em prol deste titular e dependentes.

Números de registro, de acordo com cada plano:

Total Saúde I (482.043/18-6) Essencial (470026131) Clássico (470025132) Executivo Especial (470027139)

Total Saúde II (482.044/18-4) *Básico (465.912/11-1) *Superior (465.911/11-2) *Executivo (465.910/11-4) * Somente para inclusões de dependentes

É necessária a assinatura do titular no verso deste formulário

Dados de dependentes / dependentes econômicos (continuação)

Nome						Para uso da FioSaúde								
Grau de parentesco do dep/dep econ: _____			Plano: _____			Nº do registro do plano*: _____			Matrícula: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nome da mãe											
Data de Nascimento / /			Estado Civil:			CPF								
RG nº			Órgão		Data de expedição / /			Email						
Endereço <input type="checkbox"/> <i>Mesmo end do titular</i>						Nº			Complemento					
Bairro			Cidade			UF			CEP					
Tel. Res.: ()			Tel. Com.: ()			Celular: ()								

Nome						Para uso da FioSaúde								
Grau de parentesco do dep/dep econ: _____			Plano: _____			Nº do registro do plano*: _____			Matrícula: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nome da mãe											
Data de Nascimento / /			Estado Civil:			CPF								
RG nº			Órgão		Data de expedição / /			Email						
Endereço <input type="checkbox"/> <i>Mesmo end do titular</i>						Nº			Complemento					
Bairro			Cidade			UF			CEP					
Tel. Res.: ()			Tel. Com.: ()			Celular: ()								

Nome						Para uso da FioSaúde								
Grau de parentesco do dep/dep econ: _____			Plano: _____			Nº do registro do plano*: _____			Matrícula: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nome da mãe											
Data de Nascimento / /			Estado Civil:			CPF								
RG nº			Órgão		Data de expedição / /			Email						
Endereço <input type="checkbox"/> <i>Mesmo end do titular</i>						Nº			Complemento					
Bairro			Cidade			UF			CEP					
Tel. Res.: ()			Tel. Com.: ()			Celular: ()								

Nome						Para uso da FioSaúde								
Grau de parentesco do dep/dep econ: _____			Plano: _____			Nº do registro do plano*: _____			Matrícula: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nome da mãe											
Data de Nascimento / /			Estado Civil:			CPF								
RG nº			Órgão		Data de expedição / /			Email						
Endereço <input type="checkbox"/> <i>Mesmo end do titular</i>						Nº			Complemento					
Bairro			Cidade			UF			CEP					
Tel. Res.: ()			Tel. Com.: ()			Celular: ()								

Números de registro, de acordo com cada plano:

Total Saúde I (482.043/18-6) Essencial (470026131) Clássico (470025132) Executivo Especial (470027139)

Total Saúde II (482.044/18-4) *Básico (465.912/11-1) *Superior (465.911/11-2) *Executivo (465.910/11-4) * *Somente para inclusões de dependentes*

LOCAL **DATA**

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DATA **LOCAL DE ATENDIMENTO** **FUNCIÓNÁRIO DA FIOSAÚDE**
 / / *Rio de Janeiro*