



## FICHA DE FILIAÇÃO - TITULAR

Plano Coletivo por Adesão  
Cobertura: Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia  
Acomodação: Apartamento

**\* É imprescindível o preenchimento de todos os campos**

Nome:		
Órgão de vínculo empregatício:		
Matrícula:	Cargo:	
Data Nascimento:	Estado Civil:	Sexo:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Estado:	CEP:	
Fone/Residencial: ( )	Celular: ( )	
Natural de:		
Nacionalidade:		
E-mail:		
CPF:		
CI:	Órgão Expedidor:	Data Exp:
PIS/PASEP:		
Nome da mãe:		
Nome do pai:		
Número de Filhos:		
Possuiu outro Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual:

# FUNDAFFEMG

**Dados Complementares:(Obrigatório a entrega da Autorização para débito bancário)**

Banco:	
Agência:	Conta corrente:



**DECLARO TER RECEBIDO O REGULAMENTO, O GUIA DE CONVENIADOS DO PLANO DE SAÚDE DA FUNDAFFEMG E AS CARTEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO, ESTANDO CIENTE QUE A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS SOMENTE SERÁ PERMITIDA APÓS O CUMPRIMENTO DOS PRAZOS REGULAMENTARES DE CARÊNCIA.**

Após ter lido e compreendido os termos do Regulamento do Plano FUNDAFFEMG-Saúde, contrato coletivo por adesão, solicito minha inscrição como filiado titular, bem como a inscrição dos meus dependentes, beneficiários e beneficiários especiais, indicados na ficha específica, **submetendo-me a todos os seus termos.**

**Responsabilizo-me integralmente pelo exato cumprimento dos deveres e obrigações decorrentes desta relação, especialmente, quanto ao pagamento das contribuições mensais e demais parcelas devidas, bem como pela estrita observância das normas regulamentares acerca de prazos de carências, autorizações, co-participações, perícias prévias, exclusões e limitações à cobertura assistencial.**

Comprometo-me a agir com boa-fé e lealdade, respeitando os termos do Regulamento e os interesses da coletividade assistida, não criando qualquer embaraço ou dificuldade a quaisquer diligências necessárias à apuração de fatos ou coletas de provas que visem a defesa dos interesses da FUNDAFFEMG.

Fica determinado o início da vigência do presente contrato a contar da data do pagamento da primeira contribuição mensal e do ato da inscrição, aplicando-se essa data como início de vigência da assistência médica e hospitalar a todos os dependentes e beneficiários que se inscreverem junto com o presente titular, respeitadas as disposições regulamentares.

Em caso de inscrição posterior de dependentes ou beneficiários, seus contratos terão vigência a contar da data do pagamento da primeira contribuição mensal, no ato de sua inscrição.

**O Titular atesta a veracidade de todas as informações prestadas à FUNDAFFEMG, sob as penas da lei, responsabilizando-se civil e criminalmente por eventuais omissões, inverdades ou incorreções que vierem a ser detectadas.**

**O filiado titular do Plano de Saúde é responsável pela atualização de todos os seus dados cadastrais e de seus dependentes, beneficiários e beneficiários especiais junto ao FUNDAFFEMG-Saúde, especialmente, quanto à alteração de endereço residencial, estado civil e óbitos, a fim de assegurar seus direitos e sob pena de responder pelas incorreções eventualmente apuradas.**

**A inadimplência por parte do Titular poderá acarretar, além da execução judicial do débito, a sua inscrição no cadastro do serviço de proteção ao crédito, nos termos e limites da legislação em vigor.**

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

\_\_\_\_\_  
Diretoria Executiva

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Ciente: Cadastro

\_\_\_\_\_  
Ciente: Assistente Técnico