

**Associação dos Servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte**

Av. Salgado Filho, 1559, Tirol – Natal/RN - CEP: 59.015-000

Telefones: (84) 3201.9731

E-mail: [contato@asifrn.org.br](mailto:contato@asifrn.org.br) Site: [www.asifrn.org.br](http://www.asifrn.org.br)

**INSTRUMENTO DE TERMO DE ADESÃO**

**Plano de Saúde Unimed/Natal**

**Contrato:**

( ) 891 – PADRÃO I ENFERMARIA – 418.927/992

( ) 891 – PADRÃO II APARTAMENTO – 418.927/991

**Contrato:**

( ) 4085 – PLANO UNICOL I-E ENFERMARIA – 457.746/08-9

( ) 4085 – PLANO UNICOL I-A APARTAMENTO – 457.783/08-3

Pelo presente Instrumento de Retificação de Termo de Adesão, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor(a) público(a) federal, matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filiação(mãe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data de expedição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data de nascimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de associado(a) da ASIFRN e usuário(a) do Plano de Saúde UNIMED, com vigência a partir de 1º de agosto de 1999, estando ciente de todas as condições estabelecidas nos contratos *8091 e 4085*, **venho manifestar minha total ciência de que, por se tratar de uma contratação coletiva por adesão, em que tenho a responsabilidade pelo repasse à ASIFRN do valor integral da mensalidade, na hipótese de inadimplência no pagamento da mensalidade por um prazo de 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, implicará na suspensão total do atendimento e consequente exclusão do plano de saúde.**

**RELAÇÃO DOS DEPENDENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** | **RG** | **DATA DE EXPEDIÇÃO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Natal/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do associado