



# Prefeitura do Município de Cajamar

Secretaria Municipal de Gestão e  
Desenvolvimento de Recursos Humanos

## Termo de Adesão

Eu, \_\_\_\_\_, RE \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_, servidor (a) desta Municipalidade, Estado  
civil \_\_\_\_\_, CPF.Nº \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
Telefone \_\_\_\_\_ concordo com os termos constantes no anexo  
deste Termo e desejo aderir ao Convênio Médico-Hospitalar – Plano de Saúde  
**Plena Saúde Ltda**, no Plano Denominado:

**Plena Platinum (Enfermaria) ( ) Executivo CE (Apto) ( ) Odonto ( )**

Indicando para tanto os dependentes abaixo relacionados, especificando o grau de parentesco, e juntando respectivamente documentação comprobatória, nos termos da Lei Municipal nº 1.209/06, alterada pela Lei nº 1.239/06 e pela Lei Complementar nº 059/05.

Declaro ainda, estar ciente que, nos termos da Lei 9.656/1998 e na resolução 279/2011 da ANS, alterada pela Resolução Normativa 287 de 22/02/2012 e pela Resolução Normativa 297, de 23/05/2012, da ANS, no caso de exoneração ou aposentadoria (excluindo-se "exoneração a pedido"), tenho assegurado o direito de manter a condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava por ocasião da vigência do vínculo, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da empresa, tendo para tanto o prazo de 30 (trinta) dias contados do desligamento para fazer opção.

( ) EU NÃO DESEJO ADERIR AO CONVÊNIO MÉDICO-HOSPITALAR

( ) ESTOU CIENTE DA CARÊNCIA DE \_\_\_\_ MESES

**DEPENDENTES:**

**PARENTESCO**

**CPF**

<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		

Cajamar, ..... de ..... de .....

.....  
ASSINATURA