Administradora de Benefícios Ltda.

ANS: 41734-3

R. Barão de Mesquita, 663, Lj 20 – Tijuca – RJ CEP 20540-002
Tel.:(21) 2570-1962 / (21) 2575-9993 / (21) 2241-3286 / ecscorretora@yahoo.com.br

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ

Proposta de Adesão ao Contrato nº 32808 Celebrado entre ECS Adm. de Benefícios e Unimed-Rio

INICIO DE VIGÊNCIA: _____

DADOS DO USUÁRIO TITULAR

Nome Completo					
Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade	Naturalidade
Registro no Conselho		Data de emissão	RG	O. Emissor	CPF
E-Mail			Filiação (Mãe)		
Endereço			Número	Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP
Tel. Residencial		Tel. Comercial		Tel. Celular	ID Rádio

DADOS DO PLANO DE SAÚDE

Tipo de Plano	( )Alfa		( )Beta	
	( )Delta		( )Ômega	
Opcionais	( )S.O.S. Unimed	( )Transporte Aeromédico	( )S.O.S. Viagem	( )Unimed Dental

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome			Parentesco	Nascimento	Idade
Sexo	E. Civil	CPF	Nome Da Mãe		
Nome			Parentesco	Nascimento	Idade
Sexo	E. Civil	CPF	Nome Da Mãe		
Nome			Parentesco	Nascimento	Idade
Sexo	E. Civil	CPF	Nome Da Mãe		
Nome			Parentesco	Nascimento	Idade
Sexo	E. Civil	CPF	Nome Da Mãe		

SOLICITAÇÃO

Solicito minha inclusão e a de meu(s) dependente(s) acima relacionado(s), ao contrato particular de prestação de serviços médicos, de diagnósticos e terapia e hospitalar, coletivo por adesão, celebrado entre o CRF-RJ, Unimed-Rio e ECS Administradora de Benefícios, **ciente que o primeiro pagamento, por mim realizado refere-se a taxa de cadastramento do plano de saúde.**
Declaro que estou ciente e de acordo com os termos, cláusulas e condições do referido contrato.

_____, _____ de _____ de 2014

_____
Assinatura do Beneficiário Titular

Documentação necessária (cópia): TITULAR – RG, CPF, comprovante de residência, carteira do CRF-RJ autenticada em cartório, anuidade 2014; DEPENDENTE – comprovante de grau de parentesco e/ou dependência, RG, CPF

Valor Total do Plano	Valor Total dos opcionais	Taxa de Contrato	Valor Total Pago no cadastramento
		RS 20,00	

Recebemos a importância de R$ _____ (_____

_____) por meio de _____ referente a taxa de cadastramento do plano de saúde.
OBS: O pagamento da taxa de adesão isoladamente, não obriga a aceitação da Proposta de Adesão.

Nome do representante da ECS Administradora de Benefícios.

Local e data	Assinatura do Representante da ECS Administradora de Benefícios

PREZADO (A) BENEFICIÁRIO(A),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),** instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora não poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO.é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Rubrica do Titular

Instruções de Preenchimento

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO
Identificação do Beneficiário – O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá ler, datar e assinar, assim como o Representante da Unimed-Rio.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE
O preenchimento da Declaração de Saúde deverá ser feito obrigatoriamente pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, que deverá declarar por si e por seus dependentes, saber ser(em) ou não, portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.
O preenchimento das perguntas é de caráter obrigatório e não poderá apresentar qualquer tipo de rasura.
As respostas (“S” - sim; “N” - não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada beneficiário, devidamente identificado no cabeçalho.

Não deixar de declarar qualquer patologia por entender que a mesma não é de importância. Todas as informações são importantes para a análise médica.
Deverão também ser preenchidos os campos de peso e altura do BENEFICIÁRIO TITULAR e BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S) se existentes.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Nº DO ITEM - preencher com o número de cada pergunta respondida com “S” (sim) na Declaração de Saúde.
TITULAR/DEPENDENTE(S) - assinalar com “x” referente ao beneficiário que teve “S”(sim) no item descrito.
ANO DO EVENTO - preencher com o ano em que ocorreu o evento correspondente ao item descrito.
CAMPO PARA DESCRIÇÃO DO EVENTO - preencher detalhadamente com informações referentes ao evento, tais como: datas, tratamentos realizados, situação atual, etc.
A Unimed-Rio poderá, a seu critério, solicitar informações adicionais e/ou realizar entrevista pessoal complementar com o objetivo de esclarecer as dúvidas originadas no processo de preenchimento da Declaração de Saúde.

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR
O BENEFICIÁRIO TITULAR deverá assinalar com “x“ no campo correspondente à forma escolhida para o preenchimento da Declaração de Saúde. Deverá obrigatoriamente datar e assinar.
Se o BENEFICIÁRIO TITULAR optar pelo auxilio de um médico para prestar orientações para o preenchimento da Declaração de Saúde, o mesmo deverá assinar e carimbar.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS.

Rubrica do Titular

Administradora de Benefícios Ltda.

ANS: 41734-3

R. Barão de Mesquita, 663, Lj 20 – Tijuca – RJ CEP 20540-002
Tel.:(21) 2570-1962 / (21) 2575-9993 / (21) 2241-3286 / ecscorretora@yahoo.com.br

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ

Nome do Titular	CPF

NOME DO 1º DEPENDENTE:

NOME DO 2º DEPENDENTE:

NOME DO 3º DEPENDENTE:

NOME DO 4º DEPENDENTE:

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (DPS)

Válida para beneficiário Titular e dependente(s) Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular

Preencher com "S" = sim ou "N" = não

	Itens	Tit	1 Dep	2 Dep	3 Dep	4 Dep
01	Sofre de alguma doença cardiovascular, como pressão alta, angina, infarto ou outra?					
02	Sofre de alguma doença endocrinológica, como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?					
03	Sofre de alguma doença do aparelho respiratório, como enfisema, asma, bronquite, rinite, sinusite ou outra?					
04	Sofre de alguma doença ortopédica, como osteoporose, hérnia de disco, artrite, artrose ou outra?					
05	Sofre de alguma doença do aparelho digestivo, como gastrite, úlcera, colite, hemorróidas, cálculo de vesícula ou outra?					
06	Sofre de alguma doença do fígado, como cirrose, hepatite ou outra?					
07	Sofre de alguma doença urológica, como insuficiência renal, problema de próstata, cálculos ou outra?					
08	Sofre de alguma doença ginecológica, como miomas, cistos ou outra?					
09	Sofre de alguma doença neurológica, como epilepsia, Alzheimer, mal de Parkinson ou outra?					
10	Sofre de alguma doença oftalmológica (dos olhos), como glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo ou outra?					
11	Sofre de alguma doença do sangue ou autoimune, como anemias, lúpus, artrite reumatoide ou outra?					
12	Sofre de algum tipo de câncer?					
13	Apresenta hérnia inguinal, umbilical ou outro tipo?					
14	Tem doença do aparelho circulatório, como varizes, insuficiência arterial, linfangite ou outra?					
15	É portador do vírus da AIDS?					
16	Possui qualquer tipo de sequela, dano ou deficiência decorrente de doença que saiba ser portador?					
17	Possui deficiência psicomotora, de órgão ou membro?					
18	Possui alguma doença/deformidade hereditária ou congênita?					
19	Possui cirurgia programada para os próximos 12 meses?					
20	Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico?					
21	Está em tratamento médico?					
22	Tem alguma doença não relacionada acima?					

Rubrica do Titular

Administradora de Benefícios Ltda.

ANS: 41734-3

R. Barão de Mesquita, 663, Lj 20 – Tijuca – RJ CEP 20540-002
Tel.:(21) 2570-1962 / (21) 2575-9993 / (21) 2241-3286 / ecscorretora@yahoo.com.br

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ

Informe	Titular	1º Dep	2º Dep	3º Dep	4º Dep
Peso (Kg)					
Altura (m)					

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº do Ítem DPS	Titular / Dependente					Ano do evento	Caso tenha sido marcado "Sim" em algum dos itens da Declaração de Saúde (página anterior), seja para Titular e/ou Dependente(s), informe para cada item e por beneficiário as datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica.
	TIT	1º DEP	2º DEP	3º DEP	4º DEP		

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- ☐ Declaro que fui orientado para o preenchimento desta Declaração de Saúde por médico cooperado da Unimed-Rio, selecionado por meio do Guia Médico que contém a relação de médicos cooperados.
- ☐ Declaro que fui orientado por meu médico particular, não cooperado da Unimed-Rio, para preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ Declaro que dispensei orientação médica a mim oferecida para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.
- ☐ Declaro que fui orientado por médico preposto para preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que prestei as orientações necessárias para o BENEFICIÁRIO TITULAR preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

_____
Assinatura do médico orientador,
com carimbo e CRM

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, ___de _____ de 2014.

_____
Assinatura do Beneficiário Titular

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

COBERTURAS: A partir do início da vigência do plano.

CARÊNCIA: É o prazo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência das coberturas contratadas, durante o qual os usuários não têm direito as coberturas contratadas.

1. Os exames, procedimentos e tratamentos que necessitem de internação clínica ou cirúrgica para sua realização obedecerão às respectivas carências de cada internação.

2. Clientes já possuidores de plano de saúde – Não existirá aproveitamento de tempo contratual exceto para os casos de portabilidade e transferências dentro da mesma operadora, de acordo com Legislação vigente, ficando o beneficiário enquadrado com as mesmas carências do beneficiário sem plano anterior, de acordo com as informações da página 7/9 desta proposta.

3. Na hipótese de constatação de Doença ou Lesão Preexistente em qualquer um dos beneficiários inscritos será aplicada a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

4. Para efeito do preenchimento desta Declaração de Saúde e visando a melhor compreensão do consumidor, devem-se observar as seguintes definições:
   a) Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
   b) Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

5. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico, credenciado pela Unimed-Rio especificamente para esse fim, sem qualquer ônus para o beneficiário.

6. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não credenciado pela Unimed-Rio especificamente para esse fim, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

7. A omissão de informação sobre Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conhecida e não declarada, caso venha a ser comprovada junto à ANS, pode ocasionar a rescisão contratual, assim como será de responsabilidade do beneficiário as despesas realizadas com procedimentos que seriam objetos de CPT.

Rubrica do Titular

TERMO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

CARÊNCIAS

a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;

b) 30 (trinta) dias para consultas médicas; exames de análises clínicas e histocitopatológicos, exceto os constantes das alíneas subseqüentes; exames radiológicos simples sem contraste; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos, exceto videolaringoestroboscopia computadorizada; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; inaloterapia; e provas funcionais respiratórias;

c) 90 (noventa) dias para procedimentos cirúrgicos de porte anestésico 0 (zero) realizados em consultório; densitometria óssea; monitorização ambulatorial de pressão arterial; endoscopias diagnósticas realizadas em consultório; exames e testes alergológicos; exames radiológicos com contraste, exceção feita aos constantes das alíneas subseqüentes; fisioterapia; eletrocardiografia dinâmica (Holter); teste ergométrico; ultrassonografia, à exceção das constantes das alíneas subseqüentes; perfil biofísico fetal e tococardiografia;

d) 180 (cento e oitenta) dias para ultrassonografia morfológica; dopplerfluxometria; e videolaringoestroboscopia computadorizada;

e) 180 (cento e oitenta) dias para ecocardiografia/ecodoppler; e ultrassonografia com Doppler;

f) 180 (cento e oitenta) dias para exames de análises clínicas pelo método de pesquisa PCR e histocitopatológicos por histoquímica; hibridízação molecular; e pesquisa de anticorpos Anti-HTLV III (HIV) - Western Blot;

g) 180 (cento e oitenta) dias para eletroencefalograma prolongado; mapeamento cerebral; polissonografia; potencial evocado; eletromiografia; e eletroneuromiografia;

h) 180 (cento e oitenta) dias para medicina nuclear; cintilografia; mielografia; tomografia computadorizada; ressonância nuclear magnético; acupuntura; Tilt Teste; e litotripsia;

i) 180 (cento e oitenta) dias para exames diagnósticos e/ou cirurgias por vídeo; endoscopias que não possam ser realizadas em consultório; laparoscopia diagnóstica e terapêutica; terapia renal substitutiva; internações clínicas ou cirúrgicas; transplante de rim e córneas; aplicação de medula óssea autóloga; genética molecular; citogenética; fornecimento de próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico; internações para tratamentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos e quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química; psicoterapia de crise; consultas e sessões com: nutricionista, fonoaudiólogo e terapia ocupacional; cirurgia refrativa (correção de miopia e hipermetropia, com ou sem astigmatismo); quimioterapia; radioterapia; transfusão de sangue e hemoderivados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica; procedimentos de hemodinâmica; neurorradiologia; radiologia intervencionista; assistência odontológica; e todos os demais atendimentos médicos não elencados nesta cláusula; e

j) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

k) 24 (vinte e quatro) meses para doenças ou lesões preexistentes.

Os beneficiários com idade até 58 anos, estarão isentos das carências constantes das alíneas “a” e “b” estabelecidas neste documento.

_____, _____ de _____ de 2014

_____

Assinatura do Beneficiário Titular

O Usuário Titular, através desta, declara:

1. Estar ciente de que a adesão ao plano de saúde está condicionada ao cumprimento dos deveres de associado, principalmente em relação a estar quite com o pagamento de sua anuidade junto ao CRF-RJ .

2. Ter conhecimento de que o presente instrumento trata-se de uma proposta de adesão a um contrato de plano de saúde coletivo por adesão, estipulada entre o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro (CRF-RJ), Unimed-Rio e **ECS Administradora de Beneficios Ltda (ECS)**. Exclusivamente para os farmacêuticos, técnicos em patologia e seus dependentes legais.

3. Estar Ciente que a adesão ao plano de saúde é livre, voluntária e facultativa.

4. Concordar com a totalidade dos Termos das Condições Gerais do presente Contrato Coletivo por Adesão, estipulado entre o CRF-RJ, Unimed-Rio e **ECS**, reconhecendo que recebeu cópia das mesmas, principalmente no que tange ao plano escolhido, suas coberturas, exclusão e forma de reajuste;

5. Estar ciente de que deve quitar a mensalidade de forma integral e que a inadimplência por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, permitirá o cancelamento unilateral e automático do plano de saúde;

6. Estar ciente de que caso não receba a fatura do plano de saúde até 5 (cinco) dias antes do vencimento deverá solicitar à ECS emissão de 2 via, promovendo no prazo o pagamento da mensalidade, sob pena de ficar sujeito a multa e encargos monetários previstos em Lei;

7. Estar ciente de que, dado o caráter particular deste contrato coletivo por adesão, **não existirá qualquer cobertura**, incluindo ATENDIMENTO EM CASO DE URGENCIA E EMERGENCIA, antes do início de vigência, onde o mesmo deverá respeitar calendário de movimentação previamente acordado, entre CRF-RJ, Unimed-Rio e **ECS**;

8. Estar ciente que as alterações cadastrais (inclusões de usuários, alterações de endereços, troca de plano, etc.) serão realizadas pela **ECS**, através do telefone (21)2570-1962, (21)2241-3286, (21)2575-9993 (de segunda a sexta-feira, das 09:00h às 17:00h) ou e-mail: ecscorretora@yahoo.com.br, respeitando o calendário de movimentação.

9. Estar ciente de que havendo a exclusão do titular, a mesma será extensiva aos dependentes;

10. Estar ciente de que para ter direito ao Seguro por Morte Acidental ou Natural respeitando as seguintes condições:

a) Estar regularmente inscrito como usuário titular em produto de abrangência nacional e estar em dia com seu plano de saúde na data do óbito
b) Ter cumprido o prazo de 180 (cento e oitenta dias) de permanência no contrato, contados a partir do início de vigência da adesão ao plano, para morte natural e 24 (vinte e quatro) horas para morte acidental; e
c) Ter a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, na data de inicio de vigência de seu plano de saúde;

_____, _____ de _____ de 2014

_____

Assinatura do Beneficiário Titular

O Usuário Titular, através desta, declara:

11. Estar ciente de que só terá direito ao beneficio família que garante ao beneficiário dependente à continuidade a assistência medica e hospitalar sem ônus por 5 (cinco) anos, em caso de morte do usuário titular respeitando as seguintes condições:

a) Estar regularmente inscrito como usuário titular em produto de abrangência nacional e estar em dia com seu plano de saúde na data do óbito;

12. Ter ciência e total concordância de que a mensalidade poderá sofrer reajuste, independentemente da data de adesão, nas seguintes situações:

a) Por mudança de faixa etária, conforme descrito nas condições gerais.

b) Anualmente, no mês de março, de acordo com o aumento dos custos dos serviços de assistência à saúde e/ou odontológico e o equilíbrio econômico-financeiro do contrato que possa vir a comprometer a manutenção do mesmo, denominado “reajuste técnico de sinistralidade”.

c) Para demais possibilidades deverão ter autorizações previas da ANS (Agencia Nacional de saúde suplementar)

13. Estar ciente de que qualquer alteração em seu plano de saúde, inclusive cancelamento, deverá ser solicitada por escrito à ECS, com até 30(trinta) dias de antecedência de seu vencimento e que o não pagamento da mensalidade implicará na inclusão do titular em cadastro de inadimplentes (SPC/Serasa).

_____, _____ de _____ de 2014

_____

Assinatura do Beneficiário Titular