



ASSOCIAÇÃO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO PÚBLICO NO BRASIL

ASSOCIAÇÃO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO PÚBLICO NO BRASIL

FONES (69) 2181-3951 e 0800 014 3970

Rua Benjamin Constant, 308 - Bairro Arigolândia

CEP 76.801-200 - Porto Velho - Rondônia

CNPJ/MF 14.000.409/0001-12

PROPOSTA DE FILIAÇÃO E DE ADESÃO AOS CONTRATOS COLETIVOS CELEBRADOS PELA ASPER.

Na qualidade de Servidor Público, venho requerer minha filiação à **ASPER** e propor minha adesão aos contratos coletivos adiante mencionados. Para tanto forneço as informações cadastrais.

NOME DO ASSOCIADO TITULAR				
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	NATALIDADE (Cidade e Estado)	SITUAÇÃO DO TITULAR <input type="checkbox"/> SERVIDOR ATIVO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA	
IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR		CPF/MF	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
CARGO/FUNÇÃO	DATA DE ADMISSÃO	SECRETARIA	MATRÍCULA	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO RESIDENCIAL: LOGRADOURO			NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO		MUNICÍPIO	ESTADO	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL OU CONTATO	CELULAR	E-MAIL		

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

BANCO	AGÊNCIA - DV	CONTA CORRENTE - DV
-------	--------------	---------------------

TITULAR COM PLANO DE SAÚDE

TITULAR SEM PLANO DE SAÚDE

DEPENDENTES E/OU AGREGADOS

D1	NOME DO DEPENDENTE / AGREGADO	CPF/MF	SEXO	VÍNCULO
NOME DA MÃE/PAI		DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
D2	NOME DO DEPENDENTE / AGREGADO	CPF/MF	SEXO	VÍNCULO
NOME DA MÃE/PAI		DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
D3	NOME DO DEPENDENTE / AGREGADO	CPF/MF	SEXO	VÍNCULO
NOME DA MÃE/PAI		DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
D4	NOME DO DEPENDENTE / AGREGADO	CPF/MF	SEXO	VÍNCULO
NOME DA MÃE/PAI		DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
D5	NOME DO DEPENDENTE / AGREGADO	CPF/MF	SEXO	VÍNCULO
NOME DA MÃE/PAI		DATA DE NASCIMENTO	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	

Pelo presente termo de filiação e de adesão autorizo minha inscrição e de meus dependentes acima identificados nos benefícios oferecidos por meio da ASPER de acordo com o que segue.

RESERVADO A ASPER

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO E RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Autorizo o desconto dos valores dos rateios e demais despesas em folha de pagamento e/ou boletos bancários, cujos dados se encontram informados nesta Proposta de Filiação e de Responsabilidade Financeira, responsabilizando-me por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim e meus dependentes, cobradas pela UNIMED Ji-Paraná Cooperativa de Trabalho Médico em desfavor da ASPER, desde que devidamente comprovadas. Na hipótese de sobrevir viabilidade administrativa, desde logo fica autorizado o desconto em conta corrente, desde que previamente comunicado dessa nova forma de pagamento.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E OUTRAS CLÁUSULAS CONTRATUAIS

1. Por este Termo de Adesão de Filiação, manifesto minha vontade de aderir ao quadro de associados da ASPER, declarando conhecer e concordar com as normas estatutárias, subordinando-se aos preceitos estatutários da Entidade e às cláusulas abaixo.
2. Declaro ESTAR CIENTE, que a filiação será por tempo indeterminado e o valor da contribuição associativa ocorrerá, conforme previsto no anexo contratual, a qual deverá ser paga mensalmente através de desconto em folha de pagamento e, na ausência de margem consignável, por boleto bancário.
3. Declaro ESTAR CIENTE e de acordo quanto aos teores dos contratos elaborados entre ASPER e UNIMED JI-PARANÁ, especialmente quanto aos benefícios do Plano de saúde no sítio da ASPER, a cujos termos adiro, comprometendo-me a cumprir rigorosamente as cláusulas e condições neles inseridas, inclusive aditivos e renovações contratuais futura.
4. Declaro ESTAR CIENTE que o Plano de Assistência à Saúde UNIMED Ji-Paraná (registro ANS n.º 474.977/15-4), oferecido por meio da ASPER, é coletivo por adesão com rateio, abrangência Estadual (Rondônia), com valor variável de custeio e com acomodação somente em enfermaria/coletivo.
5. Declaro ESTAR CIENTE que os pedidos de inclusão e exclusão de associados (titular e/ou dependentes/agregados) poderão ser feitos SOMENTE pelo titular ou procurador (procuração por instrumento público, ou por instrumento particular com firma reconhecida), e deverão ser feitos por escrito diretamente à ASPER em requerimento padrão e disponibilizado pela ASPER, que se encarregará de verificar as condições de elegibilidade e/ou documentos necessários para remessa à UNIMED Ji-Paraná – Cooperativa de Trabalhos Médicos, para cadastro e emissão do cartão de associados, sendo que o pedido de inclusão somente será deferido se o Associado estiver quite com todas suas obrigações, e demais condições estabelecidas nos Estatutos, Regimento interno, Resoluções, etc.
6. Declaro ESTAR CIENTE que o realinhamento dos valores do custeio e/ou rateio será de acordo com estudo atuarial apresentado pela ASPER, baseados nos custos e faturas geradas mensalmente em razão da utilização dos benefícios ofertados pela ASPER.
7. Declaro ESTAR CIENTE que, em caso de atraso no pagamento das obrigações financeiras (rateio principal e/ou custeio complementar), os valores em débito serão atualizados monetariamente com juros de 1% (um por cento) ao mês e multa de mora de 1% (um por cento), outras despesas e custas processuais, e honorários advocatícios.
8. Declaro ESTAR CIENTE que a filiação e os benefícios serão suspensos e/ou cancelados pelo não pagamento de quaisquer das obrigações financeiras (custeio principal e/ou custeio complementar), contribuições (integral ou parcial), e/ou quaisquer outros débitos, com atraso por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência da adesão, desde que o associado seja comprovadamente notificado e concedido o prazo mínimo de 10 (dez) dias para regularizar a pendência, sem prejuízo de posterior cobrança, administrativa ou judicial.
9. Declaro ESTAR CIENTE que a tolerância quanto à manutenção do Plano de Saúde após 60 dias de atraso não acarretará novação, e que, persistindo o inadimplemento, a ASPER poderá notificar-me para fins de rescisão, desde que me seja concedido o prazo mínimo de 10 (dez) dias para regularizar a pendência.
10. Sem prejuízo da suspensão e/ou cancelamento do Plano de Saúde, e visando a cobrança do débito existente (custeio principal e/ou custeio complementar), a ASPER fica previamente autorizada a emitir duplicata contra o associado inadimplente, sujeita a protesto e comunicação aos órgãos de proteção ao crédito, e/ou promover cobrança por outros meios, a critério exclusivo da ASPER.
11. Declaro ESTAR CIENTE que é de MINHA INTEIRA responsabilidade manter atualizado o meu endereço de correspondência, comunicando prontamente à ASPER eventuais mudanças, sob pena de se considerar válido o envio de boletos, comunicações e/ou notificações pelo endereço então existentes nas informações cadastrais, não sendo futuramente admitidas alegações quanto ao não recebimento de documentos despachados via postal.
12. Autorizo que, na hipótese de impossibilidade de não haver margem suficiente para desconto em folha de pagamento, e/ou débito em conta corrente se for o caso, seja emitido o boleto correspondente ao saldo devedor, comprometendo-me a pagá-lo no prazo estipulado nesse mesmo boleto.
13. Declaro ESTAR CIENTE que o Auxílio Funeral se trata de benefício concedido SOMENTE para titular adimplente e com mais de 12 meses de adesão ao plano de saúde.
14. Declaro ESTAR CIENTE que a ASPER atua apenas como contratante do Plano de Assistência à Saúde comercializado pela UNIMED Ji-Paraná – Cooperativa de Trabalho Médico, sendo responsável pela movimentação dos associados, pela cobrança e captação dos recursos, seja por meio de consignações em folha de pagamento, por meio da emissão de boleto bancário, etc., e também pelo pagamento das faturas mensais, porém, não tem responsabilidade direta pelas prestações de serviços cobertos pelo plano.
15. Declaro AUTORIZAR a administração da ASPER a emitir outras normas e/ou resoluções para melhor atendimento do associado, desde que cumpridas as normas estatutárias, das quais tenho pleno conhecimento.
16. ELEIÇÃO DE FORO: Fica eleito o foro da Comarca de Porto Velho para dirimir eventuais dúvidas surgidas na interpretação e/ou execução contratual, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiados que seja.
17. Declaro ESTAR CIENTE que esta proposta seguirá para análise e que minha efetivação para utilização dos benefícios dar-se-á 30 (trinta) dias após o primeiro pagamento, observadas as carências legais, das quais tenho conhecimento.
18. Declaro ter recebido a cópia da Proposta de Filiação e de Adesão, e da Carta de orientação aos beneficiários da ANS.

LOCAL E DATA DA FILIAÇÃO

RESERVADO PARA HOMOLOGAÇÃO ASPER

RESPONSÁVEL PELA FILIAÇÃO

ASSOCIADO / BENEFICIÁRIO TITULAR