

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, associado(a) ao SERJUSMIG, Matrícula TJMG nº _____, autorizo a minha inclusão como usuário(a) titular e de meu(s) dependente(s), ao Contrato de Assistência Médico-Hospitalar e de Diagnóstico e Terapia, celebrado entre a UNIMED - Vale do Aço e o SERJUSMIG – Sindicato dos Servidores da Justiça de 1ª Instância do Estado de Minas Gerais.

Declaro que estou de acordo com todos os termos do Contrato acima mencionado, autorizando ao T.J.M.G. a promover o desconto em minha Folha de Pagamento em favor do SERJUSMIG, do montante relativo à(s) mensalidade(s) e seus complementos.

Declaro estar ciente de que, caso minha margem consignável esteja excedida ou por qualquer motivo não ocorra o desconto em meu contra-cheque, estou obrigado, **sob pena de cancelamento do convênio, sem prévia notificação**, a depositar a importância correspondente diretamente em conta-corrente do Sindicato, bem como apresentar o comprovante de tal crédito em no máximo 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data do pagamento do contracheque que deixar de sofrer o respectivo desconto.

Declaro estar ciente de que, as inclusões e exclusões devem ser solicitadas até o dia 01 de cada mês.

Declaro ainda que, no caso de optar futuramente pelo cancelamento deste convênio, comprometo-me a efetuar a devolução das devidas carteiras de usuário no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o último desconto em meu contra-cheque.

No caso de utilização indevida pelo usuário titular e/ou dependentes, após o cancelamento deste, fica o SERJUSMIG, desde já, autorizado a efetuar tal cobrança em minha Folha de Pagamento ou da forma que lhe bem convier.

Para complementar o requerimento segue em anexo cópia dos documentos:

- C.P.F., C.I. e consulta da margem do titular.
- C.P.F., C.I. e Certidão de casamento, do cônjuge.
- Certidão de nascimento dos filhos menores.
- C.P.F. e C.I. dos filhos maiores.
- C.P.F. e C.I. do(a) companheiro(a), bem como escritura pública de união estável lavrada em cartório.
- C.P.F. e C.I. dos AGREGADOS (pai, mãe, genro, nora, sogro(a), sobrinho(a), irmão(ã) e neto(a)).

Local e data: _____, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do Responsável