

**Termo de Adesão ao Convênio de Reciprocidade/ Unimed**

**IMPORTANTE:** Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente titular, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição.

\* campos obrigatórios

Nome do Titular*	Matrícula*

Solicito, neste ato, minha inscrição e do meu grupo familiar no convênio abaixo, conforme comprovantes de endereço anexos:

Convênio de Reciprocidade*		
<input type="checkbox"/> CASSI	<input type="checkbox"/> CABESP	<input type="checkbox"/> UNIMED
Cidade _____	Estado _____	

**OBS: Assinalar apenas uma opção.**

Dados do Proponente Titular e Dependentes*			
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Nº do Carão Nacional de Saúde (CNS)

**Motivo da Solicitação\***

- Funcionário com residência fixa fora do Estado de São Paulo
- Funcionário com residência fixa na área de abrangência da Cabesp ou Cooperativa Unimed
- Dependente com residência fixa fora do Estado de São Paulo
- Dependente com residência fixa na área de abrangência da Cabesp ou Cooperativa Unimed
- Exceção, em caráter provisório, devido a problemas com a rede própria do Economus (paralisação, ou ausência de especialidade), com prazo a ser determinado pelo Economus

**OBS: Encaminhar comprovação de residência fixa no município informado acima.**

**Termo de Responsabilidade****Condições para elegibilidade ao convênio de reciprocidade:**

1. Funcionários (ativos ou aposentados) e grupo familiar com residência fixa comprovada na área de abrangência<sup>1</sup> do convênio de reciprocidade;
2. Funcionários ativos lotados na área de abrangência do convênio de reciprocidade;
3. Dependentes com residência fixa na área de abrangência do convênio de reciprocidade.

**Condições de atendimento no convênio de reciprocidade:**

1. Inscrição nas empresas que atuam nas áreas de abrangência do convênio de reciprocidade;
2. Atendimento restrito à área de abrangência do convênio de reciprocidade;
3. Apresentação da carteira de identificação e documento com foto legível.

**Penalidades previstas para utilização indevida:**

1. A não devolução da(s) carteira(s) de identificação dos participantes do plano e/ou utilização indevida, obriga o titular ao ressarcimento integral e imediato dos gastos efetuados, sujeitando-o também a exclusão do titular e seus dependentes, conforme previsto nos regulamentos dos planos médicos.

<sup>1</sup> Área de abrangência do convênio de reciprocidade: Refere-se às regiões em que não há recursos médico-hospitalares credenciados diretamente ao Economus

**DECLARAÇÃO**

Declaro possuir conhecimento das condições de elegibilidade e atendimento, contidas no regulamento de reciprocidade, e que as referidas carteiras deverão ser devolvidas em caso de perda da elegibilidade.

Declaro ainda:

1. estar ciente de que o convênio de reciprocidade será utilizado por mim e/ou dependentes, apenas enquanto estivermos residindo ou transitando na região de abrangência do convênio de reciprocidade.
2. ter total responsabilidade em caso de utilização fora destas condições.
3. ser o responsável legal do(s) dependente(s) menor(es) de idade acima indicado(s), em conformidade com o art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018).
4. ter conhecimento de que os dados pessoais constantes neste Termo, inclusive dados sensíveis e de crianças e adolescentes, serão tratados pelo Economus para a execução do contrato de adesão ao plano saúde e/ou para atendimento de exigências legais e/ou regulatórias; exercício regular de direitos na defesa em processos judiciais, administrativos ou arbitrais; atendimento aos legítimos interesses da entidade, respeitadas as expectativas, direitos e liberdades fundamentais dos titulares de dados; e demais finalidades descritas nas Políticas do Economus, disponíveis em [www.economus.com.br/lqpd](http://www.economus.com.br/lqpd) e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

---

Local e Data

---

Assinatura do Proponente Titular