**SIMPLIFICA SAÚDE MEDICINA E DIAGNÓSTICO LTDA**

Rede de policlínicas com Clínica Médica, Especialidades, Terapias, Odontologia, Exames Médicos, Medicina Laboral entre outros serviços auxiliares de saúde.

Para adesão no SIMPLIFICA SAUDE é necessário enviar a ficha de cadastro e termo de compromisso (abaixo) devidamente preenchidos e assinados, bem como anexar cópia dos documentos relacionados abaixo, considerando a inclusão de dependentes e ou agregados:

**TITULAR**

* Cópia do RG
* Cópia do CPF
* Cópia do comprovante de residência
* Telefone de contato

**DEPENDENTES (Pai\Mãe, Sogro\Sogra, Enteados, Filhos e Netos)**

* Dados do RG, CPF e telefone de contato

**INFORMAÇÕES**

* O PAGAMENTO SERÁ FEITO ATRAVÉS DE DESCONTO EM CONTA CORRENTE PELO SINTEPS
* OS DESCONTOS SERÃO FORNECIDOS PARA TODAS AS UNIDADES DA SIMPLIFICA SAÚDE. UNIDADES JÁ EM FUNCIONAMENTO:
  + SP Zona Norte: Rua Duarte de Azevedo 331 – Santana (ao lado do metrô Santana)
  + SP Jordanésia I: Rua Vereador Mario Marcolongo, 277 – Jordanésia – Cajamar\SP

**PROGRAMA FIDELIDADE SIMPLIFICA – R$ 10,00**

* CONSULTAS MÉDICAS: 50% 🡺 Exemplo: Ginecologia de R$ 99,90 por R$ 50,00
* BEM ESTAR E ESTÉTICA (DRENAGEM LINFÁTICA E MASSAGEM): 50% 🡺 Exemplo: Drenagem de R$ 60,00 por R$ 30,00
* FISIOTERAPIA: 40% 🡺 Exemplo: Fisioterapia ortopédica de R$ 45,00 por R$ 25,00
* ODONTOLOGIA: AVALIAÇÃO: GRATUITA
* TERAPIAS E PROCEDIMENTOS (PSICOLOGIA, ODONTOLOGIA, ESCLEROTERAPIA, DIVERSOS OUTROS): 15-20%
* EXAMES: 15-20%

**Vantagens para você:**

* Sem carência para utilização.
* Facilidade de agendamento através da
  + Central de Atendimento no 11 2691-9055
  + WhatsApp 11 95571-9579
  + Site: www.simplificasaude.com.br

**FICHA PARA CADASTRO SIMPLIFICA SAÚDE**

(Favor preencher todos os campos)

|  |
| --- |
| **NOME TITULAR:** |
| **DATA DE NASC.: SEXO: M( ) F ( )** |
| **ESTADO CIVIL: Nº CARTAO SUS:** |
| **NOME DA MAE:** |
| **RG: CPF: PIS:** |
| **Nº CTPS: SÉRIE: CLT ( ) ESTATUTÁRIO( )** |
| **CARGO: DATA ADMISSAO NO CEETEPS:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **BAIRRO:** |
| **CIDADE: ESTADO: CEP:** |
| **FONE RESIDENCIAL: ( ) CELULAR: ( )** |
| **E-MAIL:** |
| **DADOS BANCARIOS PARA DESCONTO** | |
| **BANCO:** | |
| **AGENCIA:** | |
| **Nº CONTA CORRENTE:** | |
| **PREENCHA ABAIXO OS DADOS DE TODOS OS SEUS DEPENDENTES E OU AGREGADOS** | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **TIPO DE PLANO ESCOLHIDO: TOTAL DA MENSALIDADE: R$** | | |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM CONTA CORRENTE** EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AUTORIZO O DESCONTO EM MINHA CONTA CORRENTE EM FAVOR DO SINTEPS, PARA COBRIR AS DESPESAS RELATIVAS À MENSALIDADE DO CONVÊNIO E TAXA BANCÁRIA.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data ASSINATURA | | |

**TERMO DE COMPROMISSO**

**SINTEPS E ASSOCIADO:**

Na qualidade de associado do SINTEPS, que é condição principal para eu usufruir do convênio firmado entre o Sindicato e a SIMPLIFICA SAUDE, contrato cuja cláusulas tenho total conhecimento, comprometo-me com as seguintes OBRIGAÇÕES:

1. Permanecer no convênio pelo prazo mínimo de 01 (um) ano.
2. Pagar as parcelas em dia, sendo todas do mês a vencer, estando ciente que a efetiva utilização dar-se 30 dias após o primeiro pagamento e, em caso de inadimplência, estarei imediatamente excluído do gozo da assistência contratada.
3. Depois do prazo de 01 (um) ano se houver desinteresse na continuidade da assistência, ou se eu deixar de pertencer ao quadro de filiados do SINTEPS, por quaisquer motivos, ou se eu deixar de pertencer ao quadro do CEETEPS, estou obrigado a comunicar, por escrito, quaisquer dos três fatos ocorridos, com a máxima urgência, efetuando no mesmo ato a DEVOLUÇÃO DAS CARTEIRAS referentes ao convênio; sob pena de inoperância da desistência comunicada, continuidade das obrigações pertinentes, cobranças EM DOBRO dos meses usufruídos irregularmente – a título de cláusula penal, sem prejuízo de eventuais multas que, por este motivo, forem cobradas do Sindicato.
4. Estou ciente de que será utilizada a via judicial para dirimir quaisquer dúvidas advindas deste contrato, elegendo-se o foro da Comarca da Capital por uma de suas varas centrais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIDADE E DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA