

TERMO DE ADESÃO DE EMPREGADO AO PROGRAMA CUIDANDO DE QUEM CUIDA

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, na qualidade de colaborador da AFRAFEP,
operadora de planos de saúde com registro na ANS sob o nº 330281, declaro que:

- A AFRAFEP me ofertou a adesão ao plano de saúde coletivo AFRAFEP-SAÚDE PLUS (único plano de saúde ativo da AFRAFEP), com 50% da mensalidade custeada pelo empregador;
- Por questões pessoais, optei pela não adesão ao referido plano de saúde ofertado pela AFRAFEP e cuja mensalidade é parcialmente custeada pelo empregador;
- Sei que a decisão de não aderir ao plano de saúde ofertado pela AFRAFEP, nos termos acima, pode ser por mim revista a qualquer momento, bastando formalizar essa decisão perante o empregador;
- Não tenho vínculo ativo com nenhum outro plano de saúde disponibilizado por qualquer outra operadora de planos de saúde.
- Pelo que acima declaro, venho solicitar minha inclusão no Programa “Cuidando de quem cuida”, ofertado pela AFRAFEP aos empregados com vínculo ativo e que não aderiram ao AFRAFEP-SAÚDE PLUS e nem têm vínculo com outro plano de saúde.

• Estou ciente dos requisitos, condições e demais regras do Programa “Cuidando de quem cuida”, quais sejam:

1 – Requisitos para participar do Programa “Cuidando de quem cuida”:

- ✓ Ter vínculo empregatício ativo com a AFRAFEP;
- ✓ Não está no período de contrato de experiência;
- ✓ Assinar termo de adesão ao Programa “Cuidando de quem cuida”;
- ✓ Não ter vínculo ativo com nenhum plano de saúde ofertado por qualquer operadora de planos de saúde.

2 – Das Condições do Programa “Cuidando de quem cuida”:

- ✓ A cobertura do Programa se limita apenas ao empregado, não se estendendo ao grupo familiar do colaborador;
- ✓ Os benefícios ofertados pelo Programa se limitam exclusivamente ao Centro Médico da AFRAFEP;
- ✓ Há limite de 06 (seis) consultas por ano, realizadas através do Programa;
- ✓ As consultas serão marcadas, sempre, para os horários do final da manhã ou final da tarde (regra de ouro);
- ✓ A solicitação de agendamento de consulta deverá ser feita através de e-mail ao setor de Gestão de Pessoas da AFRAFEP.
- ✓ O setor de Gestão de Pessoas terá 05 (cinco) dias úteis para retornar ao empregado com a confirmação da consulta (indicando dia e horário).

3 – Dos Benefícios do Programa “Cuidando de quem cuida”:

- ✓ Gratuidade nas consultas médicas realizadas no Centro Médico da AFRAFEP através do Programa (06 por ano);
- ✓ Nos casos em que forem solicitados exames complementares durante as consultas realizadas através do Programa e caso esses exames sejam disponibilizados no Centro Médico da AFRAFEP, o empregado poderá realizar os exames complementares no Centro Médico pagando apenas o valor de tabela praticado pela AFRAFEP com sua rede credenciada;
- ✓ Os valores dos exames complementares realizados através do Programa serão pagos pelo empregado através de desconto no seu contracheque, servindo este termo como autorização de desconto em folha de pagamento salarial;
- ✓ O valor dos exames realizados através do Programa será negociado entre a AFRAFEP e o colaborador, em comum acordo. Caso seja necessário, o pagamento poderá ser efetuado pelo colaborador de forma parcelada, com desconto em seu contracheque. O número de parcelas será definido de forma que o valor de cada parcela seja acessível, respeitando o acordo estabelecido entre as partes. Este termo serve como autorização para o desconto em folha de pagamento, conforme as condições acordadas.
- ✓ O presente termo, por mim assinado, representa minha concordância com os requisitos, condições, ofertas e regras do Programa “Cuidando de quem cuida” e, por isso peço minha imediata inclusão neste Programa. Estou ciente que a não observância, a qualquer momento, de qualquer um dos requisitos, condições, ofertas e regras, ensejará na minha automática exclusão do Programa “Cuidando de quem cuida”, sem prévio aviso. Ademais, comprometo-me a comunicar formalmente à AFRAFEP caso em algum momento eu deixar de preencher algum dos requisitos, sob pena de minha omissão ser considerada falta funcional passível de punição.

João Pessoa, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do empregado

Assinatura Gerência de Gestão de Pessoas

Termo recebido pelo setor de Gestão de Pessoas da AFRAFEP por _____, em ____ / ____ / ____.

* Documento em 02 (duas) vias, sendo uma do empregado e a outra via da Gerência de Gestão