



Associação Nacional dos
Servidores da Justiça do Trabalho

TERMO DE CIÊNCIA

A ANAJUSTRA – Associação Nacional dos Servidores da Justiça do Trabalho, inscrita no CNPJ 04.435.721/0001-85, conveniente com o Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região, para fiscalização, contratação e operacionalização de Assistência Médica Terceirizada mediante contratação de Operadora Unimed Grande Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico, inscrita no CNPJ 77.858.611/0001-08, requer que seja concedida a inclusão de servidores do quadro permanente deste órgão.

Ressalta-se que a responsabilidade em comunicar a ANAJUSTRA é do titular do plano, caso haja exoneração/vacância ou redistribuição do mesmo. Devendo este, informar à Subsede ANAJUSTRA Florianópolis do seu desligamento, para que seja realizada sua exclusão do plano de saúde, assim como de seus respectivos dependentes e/ou agregados.

Caso este comunicado não ocorra, a ANAJUSTRA reserva-se o direito de solicitar a exclusão involuntária do titular e seus dependentes e/ou agregados. Caso já tenha sido gerado o faturamento, o titular também deverá arcar com as despesas das mensalidades geradas.

Caso este compromisso financeiro não seja cumprido, deixamos ciente que o titular será notificado para o pagamento desta dívida judicialmente.

Eu, _____, estando ciente e de acordo com as informações acima, assino o presente documento solicitando minha inclusão ao plano de saúde Unimed Grande Florianópolis, através da ANAJUSTRA.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura

(61) 3322-6864

SCRS 506 – Iotes 06/07 - Bloco B – Loja 01

Entrada 43, Brasília-DF - CEP: 70350-525

www.anajustra.org.br



Associação Nacional dos
Servidores da Justiça do Trabalho

Movimentação Cadastral de Clientes

Vínculo com TRT	Cargo	Situação Funcional
<input type="checkbox"/> Juiz	<input type="checkbox"/> Togado	<input type="checkbox"/> Ativo
<input type="checkbox"/> Servidor	<input type="checkbox"/> Analista	<input type="checkbox"/> Inativo
<input type="checkbox"/> Pensionista Civil	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Cedido
<input type="checkbox"/> Associado	<input type="checkbox"/> Auxiliar	

Pelo presente, DECLARO, por minha livre e espontânea vontade, a inclusão ao Plano de Saúde abaixo discriminado. Fui informado de todas as condições de atendimento e restrições contidas no contrato entre: Unimed Grande Florianópolis Cooperativa de Trabalho Médico e a ANAJUSTRA – Associação Nacional dos Servidores da Justiça do Trabalho, tendo informação que o contrato é Plano Coletivo por Adesão, conforme a Lei 9.656/98 e a RN ANS 195/2009.

Declaro:

Estar ciente e de acordo com o estatuto da ANAJUSTRA, assim como a minha inscrição em seu quadro associativo.

E de acordo com as cláusulas estabelecidas no Contrato de Prestação de Serviços Médico- Hospitalar e Ambulatorial, firmado entre a ANAJUSTRA e a Unimed Grande Florianópolis, autorizo ao Serviço de Pagamento de Pessoal consignar em folha de pagamento os valores correspondentes à participação do(s) seu(s) dependente(s) em epígrafe no aludido Plano de Saúde.

Autorizo:

A adoção de providências necessárias à contratação de Operadora de Plano de Saúde, fiscalização da assistência prestada e negociação acerca dos valores de contribuição;

E a adoção de providências necessárias à solicitação de reserva de margem consignável e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes em favor da Operadora do Plano de Saúde pela ANAJUSTRA contratada, como consignatária perante o Tribunal.

_____/_____/_____/

Data

Assinatura do Titular

Quando o formulário estiver incompleto, rasurado ou inconsistente, a operação não será efetuada e o formulário devolvido.

(61) 3322-6864

SCRS 506 – lotes 06/07 - Bloco B – Loja 01

Entrada 43, Brasília-DF - CEP: 70350-525

www.anajustra.org.br



Associação Nacional dos
Servidores da Justiça do Trabalho

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

A Associação Nacional dos Servidores da Justiça do Trabalho - ANAJUSTRA, inscrita no CNPJ nº 04.435.721/0001-85, declara que o Sr (a) portador (a) do CPF nº, é associado (a) desta entidade desde...../...../.....

Declaramos ainda, que a mesma foi solicitada pelo associado (a), para usufruir do convênio firmado entre a ANAJUSTRA e a operadora UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS.

Brasília,de..... de 201____.

.....
Assinatura associado(a)

Atenciosamente,

ANAJUSTRA
Associação Nacional dos Servidores da Justiça do Trabalho

(61) 3322-6864

SCRS 506 – Iotes 06/07 - Bloco B – Loja 01

Entrada 43, Brasília-DF - CEP: 70350-525

www.anajustra.org.br