



TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DESCONTOS EM EXAMES LABORATÓRIAIS E SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS
Plano Coletivo por Adesão

INÍCIO DA VIGÊNCIA

_____/_____/_____

DADOS DO CONTRATANTE:

Razão Social: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones: _____

DADOS DA OPERADORA:

Razão Social: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefones: _____

TIPO DE CONTRATO:

() NOVO () RENOVAÇÃO EMPRESA ANTERIOR: _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) – TITULAR

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

CPF: _____ E-mail: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____

Sexo: F () M () Estado Civil: _____ Profissão: _____

Observação: _____

(38) 9 9860-7700

Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG

DEPENDENTES

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 01

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 02

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 03

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

 (38) 9 9860-7700 

 Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG



DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 04

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 05

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 06

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

(38) 9 9860-7700

Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG



DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO(A) DEPENDENTE – 07

Nome Completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Expedição: _____

Grau de Dependência com o Titular: _____

Sexo: _____

Observação: _____

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO CONTRATUAL

Estou ciente do inteiro teor do(s) contrato(s) principal(is) e de seus aditivos, declarando a concordância irrestrita com o conteúdo dos mesmos, cujas cópias permanecem disponíveis para consulta, a qualquer momento, tanto junto à Pessoa Jurídica Contratante _____,

CNPJ _____ quanto no laboratório ALFA EXAME situado na Rua Afonso Pena nº 500 sala 04, bairro Centro, Unaí/MG, CEP 38610-074. É de minha total responsabilidade repassar tais informações aos meus dependentes/agregados.

Estou ciente que a análise e autorização de procedimentos, determinação de percentuais de reajuste aplicáveis ao Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais é feita ou acordada entre a Pessoa Jurídica Contratante _____, e a ALFA EXAME, na qualidade, respectivamente, de Empresas Contratante e Prestadora dos Serviços laboratoriais ora contratados e aderidos;

AUTORIZO a Pessoa Jurídica Contratante _____, a reter, de meus proventos, os valores correspondentes aos meus gastos e aos de meus dependentes junto à ALFA EXAME, transferindo a responsabilidade de pagamento para essa empresa, por meio de boleto bancário único, gerado mensalmente, destinado ao pagamento dos serviços laboratoriais objeto deste Contrato de Adesão, bem como os custos administrativos inerentes.

Faço esta autorização por livre e espontânea vontade, concordando expressamente com toda e qualquer negociação firmada entre a Pessoa Jurídica Contratante _____ e a ALFA EXAME, para o bom andamento e desempenho do Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais.

DECLARO ser de minha inteira responsabilidade a manutenção de dados pessoais e endereço atualizado para eventuais comunicações que se fizerem necessárias, sendo entendidas como recebidas se encaminhadas nos endereços físicos fornecidos (residencial ou profissional) e eletrônicos (e-mail, SMS, mensagens de voz ou por aplicativos de comunicação como WhatsApp e outros);

(38) 9 9860-7700

Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG



Havendo inclusão de novos dependentes será alterado o meu cadastro e fica desde já autorizado os respectivos descontos em meus proventos a partir do momento da inclusão;

Estou ciente que ao me desligar profissionalmente da Pessoa Jurídica Contratante, todos os meus gastos junto à ALFA EXAME serão descontados imediatamente na minha rescisão contratual, ocasião em que este Contrato de Adesão será automaticamente rescindido.

A Adesão poderá ser rescindida, a qualquer momento, pela Pessoa Jurídica Contratante e pela ALFA EXAME, em caso de fraude ou inadimplência.

Havendo rescisão por inadimplência por parte da Pessoa Jurídica Contratante ficará suspensa a concessão de descontos nos exames laboratoriais aos beneficiários até que o débito seja integralmente quitado ou negociado com a ALFA EXAME;

Estou ciente de que, para a adesão ao Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais ALFA EXAME, será cobrada taxa de implantação no valor de R\$ 550,00 (quinientos e cinquenta reais) por ano, ou, alternativamente, R\$ 50,00 (cinquenta reais) por mês, sendo o pagamento de responsabilidade exclusiva da Pessoa Jurídica CONTRATANTE, podendo tais valores sofrer reajustes anuais, conforme critérios definidos pela CONTRATADA.

O direito aos descontos ofertados aos beneficiários (titular e dependentes legalmente incluídos) fica expressamente condicionado à adimplência da Pessoa Jurídica CONTRATANTE quanto ao pagamento da anuidade ou das mensalidades e dos exames realizados pelos beneficiários.

Em caso de inadimplência, os beneficiários perderão, automática e integralmente, o direito aos descontos, independentemente de aviso ou notificação prévia, até a regularização dos pagamentos.

Na hipótese de rescisão, por qualquer motivo ou circunstância, comprometo-me a devolver à ALFA EXAME as carteiras de identificação que me foram fornecidas, responsabilizando-me por eventuais despesas decorrentes da utilização indevida;

Estou ciente que, nos termos do Código Civil Brasileiro, os efeitos da rescisão operam-se de forma imediata ao pedido e sua solicitação é irrevogável;

Estou ciente que o rompimento do meu vínculo profissional com a Pessoa Jurídica Contratante, por qualquer motivo, ocasionará no cancelamento do meu Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais e, automaticamente, no cancelamento de meus dependentes, não podendo haver a permanência dos mesmos sem minha presença como titular;

A utilização dos serviços pretendidos obedecerá às cláusulas mencionadas no contrato principal, durante o período de vigência do contrato;

Estou ciente que, para utilização do Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais, é necessária a apresentação da carteirinha física no momento do agendamento dos exames laboratoriais.

Declaro, também, estar ciente de que, para contratação do Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais é necessário fornecer e-mail, e telefones para contato afim de enviarmos informações e comunicados sobre o plano, como também promoções e benefícios.

(38) 9 9860-7700

Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG



Por fim, declaro estar plenamente ciente de que o Contrato de Adesão ao Plano de Descontos em Serviços Laboratoriais ALFA EXAME prevê a concessão de descontos variáveis de 10% (dez por cento) a 70% (setenta por cento) sobre exames laboratoriais e serviços diagnósticos realizados na ALFA EXAME, de acordo com a tabela de preços vigente à data da utilização e que são considerados beneficiários deste contrato: os proprietários e seus dependentes, entendidos como cônjuge, companheira ou companheiro com união estável reconhecida em cartório, e filhos(as) solteiros(as) menores de 21 (vinte e um) anos de idade e os funcionários devidamente registrados da Pessoa Jurídica Contratante e seus dependentes, com a mesma definição acima.

UNAÍ/MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura BENEFICIÁRIO(A) TITULAR (deverá ser igual ao documento de identificação apresentado)

ALFA EXAME

A presente adesão, devidamente assinada passa a fazer parte integrante do contrato para todos os efeitos legais. E, por assim estarem justos e contratados, assino o presente **CONTRATO DE ADESÃO**.

(38) 9 9860-7700

Rua Afonso Pena, 500 - Térreo - Sala 04
Centro Empresarial Noroeste - Unaí/MG