

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE

DADOS DA EMPRESA INTERPOSTA				
Razão Social:				
<input type="checkbox"/> BÁSICO PARTICIPATIVO - Enfermaria (Rede Centralizada) <input type="checkbox"/> PERSONALIZADO PARTICIPATIVO - Enfermaria (Rede Ampla) <input type="checkbox"/> EXECUTIVO PARTICIPATIVO - Apartamento (Rede Ampla)			Data de início do plano: ____/____/____	
Endereço:			Bairro:	
CNPJ:	Inscrição Estadual:	Cidade:	UF:	CEP:
Responsável:		CPF:	Ramo de Atividade:	
E-mail:			Telefones:	
CONTRATANTE: CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESPÍRITO SANTO			CNPJ: 28.414.597/0001-30	
<p>Autorizamos a inclusão dos sócios, diretores e funcionários (bem como a de seus respectivos dependentes) que optarem por uma das opções de plano apresentadas, nas bases previstas no Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, firmado entre a SAMP ES ASSISTENCIA MÉDICA LTDA. e CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO ESPÍRITO SANTO, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido Contrato e Aditivo ajustados pelas partes, tendo recebido esta EMPRESA INTERPOSTA, neste ato, uma cópia do aludido Contrato e Aditivo vigentes.</p> <p>A inclusão será feita mediante Termo de Adesão individual, devidamente assinada pelo Beneficiário Titular.</p> <p>CLÁUSULAS ESPECIAIS</p> <p>1) Para realizar inclusões neste contrato, a EMPRESA INTERPOSTA deverá fornecer comprovação de vínculo empregatício dos beneficiários através de relação atualizada do FGTS ou INSS. Para funcionários admitidos posteriormente, será necessária a cópia da Carteira de Trabalho devidamente assinada pela EMPRESA INTERPOSTA.</p> <p>2) Este contrato somente será implantado com o número mínimo de 05 (cinco) Beneficiários Titulares, por EMPRESA INTERPOSTA.</p> <p>3) A critério da SAMP ES ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., os beneficiários poderão ser submetidos à realização de entrevista qualificada antes da adesão.</p> <p>4) Independente do mês de adesão e início de vigência das Empresas Interpostas será considerado pela SAMP-ES, como data base para análise dos resultados e possíveis reajustes contratuais, caso sejam devidos, todo mês de Agosto de cada exercício, período este acordado em Contrato e Aditivo contratual vigentes.</p>				

 _____,
 (Local)

 ____/____/____
 (Data)

CONTRATANTE:
 CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DO
 ESPÍRITO SANTO

EMPRESA INTERPOSTA:

CONTRATADA:
 SAMP ES ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

INTERVENIENTE:
 ILHA AZUL CONSULTORIA