

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, por meio do presente Termo de Consentimento, manifesto minha vontade livre, consciente e informada de aderir ao plano Cabesp Família, concordando com o critério de reajuste de mensalidade previsto no Estatuto da Cabesp e no Regimento do plano Cabesp Família. Declaro estar ciente da existência de decisão judicial (proferida no processo nº. 1023283-46.2018.8.26.0053, em trâmite perante a 40ª Vara Cível do Foro Central Cível da Comarca da Capital do Estado de São Paulo), que suspendeu, provisoriamente, a aplicação do reajuste de 16,1% (referente a maio/2018). Ratifico, assim, minha ciência ao fato de que os valores temporariamente cobrados com base na Tabela de Mensalidades serão aplicados apenas enquanto estiver vigente a tutela provisória. Declaro ainda ciência ao fato de que, sendo a decisão provisória, caso haja sua modificação ou revogação, as diferenças não cobradas em razão da decisão liminar serão imediatamente cobradas, nos termos legais, por serem necessárias à sustentabilidade do plano, assegurando a manutenção da prestação dos serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano Cabesp Família.

Nome do Beneficiário:

Dados do Responsável:

Nome:

Estado Civil:

Profissão:

CPF:

RG:

Assinatura do responsável: