



Termo de opção por plano de saúde e autorização de desconto em folha de pagamento

Colaborador: _____

Matrícula: _____

Declaro, para os devidos fins, que quero aderir ao seguinte plano de saúde oferecido pela Empresa DígithoBrasil Soluções em Software Ltda:

() UNIMED UNIFLEX EMPRESARIAL NACIONAL e autorizo a proceder com o desconto mensal, em folha de pagamento, da parte de minha contribuição referente ao benefício do plano de saúde, no valor R\$ 55,36 (cinquenta e cinco reais e trinta e seis centavos).

E, por ter aderido ao plano de saúde:

- (I) Autorizo o desconto correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor de consultas e coparticipações, inclusive dos dependentes, quando houver, estabelecidas pelo Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares do plano escolhido;
- (II) Autorizo, ainda, o desconto correspondente a 100% (cem por cento) do valor da mensalidade dos dependentes, conforme tabela de faixa etária, quando houver;
- (III) Estou ciente e concordo com os reajustes que podem ocorrer uma vez ao ano, conforme a alteração do valor contratual, com o devido aviso prévio do valor através do Portal do Colaborador (canal de comunicação).

Nos termos da Lei nº 13.709/2018, autorizo o compartilhamento dos dados pessoais necessários para utilização das operadoras de plano de saúde em caso de adesão, inclusive de meus dependentes.

() Declaro, para os devidos fins, que não quero aderir ao plano de saúde acima descrito.

Campo Grande/MS, ____/____/_____.

NOME COLABORADOR

Tabela de Valores de Mensalidades			
Faixa Etária	UNIMED UNIFLEX NACIONAL (Coparticipação 50%) Vigência a partir de 02/2025		
	Valor Titular		Valor por Dependente
0 a 18 anos	R\$	55,36	R\$ 192,45
19 a 23 anos	R\$	55,36	R\$ 221,32
24 a 28 anos	R\$	55,36	R\$ 254,05
29 a 33 anos	R\$	55,36	R\$ 292,53
34 a 38 anos	R\$	55,36	R\$ 336,77
39 a 43 anos	R\$	55,36	R\$ 390,65
44 a 48 anos	R\$	55,36	R\$ 471,45
49 a 53 anos	R\$	55,36	R\$ 613,83
54 a 58 anos	R\$	55,36	R\$ 829,30
Acima de 59 anos	R\$	55,36	R\$ 1.152,72