



## Programa de Medicamentos de Uso Contínuo “Termo de Adesão”

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo (com DDD): \_\_\_\_\_

Telefone Celular (com DDD): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Caso o Termo de Adesão seja para dependente informar:

Nome do dependente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Grau de dependência (se cônjuge, companheiro, filho menor, filho portador de deficiência) : \_\_\_\_\_

### **Atenção, conforme acordo coletivo vigente:**

- A não utilização do benefício por 6 meses consecutivos acarretará a exclusão do PMUC.
- A não adesão ou permanência no Programa Cuidar quando aplicável, acarretará a exclusão do PMUC.
- A não renovação de laudo médico e receita médica a cada 12 meses acarretará a exclusão do PMUC.

Solicito adesão ao Programa de Medicamentos de Uso Contínuo - PMUC.

Declaro conhecer as regras do programa descritas acima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aposentado

*A adoção de bons hábitos de vida podem evitar doses cada vez maiores dos medicamentos.*