

**TERMO DE ADESÃO
PENSIONISTA**

Eu, (nome do pensionista do Pro – Saúde) _____,
pensionista regularmente inscrito no PRO-SAUDE, solicito minha inscrição para
participar do Programa de Prevenção de Doenças dos Dependentes e Pensionistas
- Projeto “Dr. Família” e declaro que estou ciente de todos os seus termos e
condições, especialmente com relação à hipótese prevista quanto ao **desconto em
meu benefício da co-participação de 20%** caso não compareça à consulta
marcada com o clínico.

Declaro ainda, que estou ciente de todas as informações sobre o Programa de
Prevenção de Doenças dos Dependentes e Pensionistas - Projeto “Dr. Família”
disponibilizadas no site da DESBAN (www.desban.org.br), inclusive os slides da
palestra realizada no dia 11 de agosto de 2009, no auditório do BDMG, pelo Dr.
Márcio Kalil.

Assinatura do Pensionista

Nome do Pensionista

Telefone E-mail