TERMO DE ADESÃO
ASSESSORIA EM CAMINHADA E CORRIDA

TERMO DE ADESÃO / CADASTRO

Nome do Cliente (completo):_____

Celular:_____ **Email:**_____

Nº. Carteira Unimed Fortaleza:_____

( ) Cooperado ( ) Colaborador ( ) Cliente

Formação: _____**Ocupação/Profissão:**_____

Grupo: ( ) Unimed Ativa Beira Mar ( ) Unimed Ativa Iguatemi ( ) Unimed Ativa Cambeba

Avaliação Física realizada em: ___/___/___

Tamanho da Camisa: P( ) M( ) G( ) GG( )

Seja Bem Vindo (a)!

O Programa Unimed Ativa irá assessorar seus treinos de caminhada e corrida. Para isso, você precisa ser **cliente, funcionário e/ou médico cooperado** Unimed Fortaleza, estar apto para praticar atividades físicas e seguir as recomendações deste TERMO DE ADESÃO.

1. **Local e Horário:**

Local: Beira Mar – Aterro marco 0
Dias: Segundas, Quartas e Sextas-feiras.
Horários: 06h às 07h00

Local: Shopping Iguatemi – Estacionamento
Dias: Terças, Quintas e Sábados.
Horários: 06h às 07h00

Local: Cambeba -
Dias: Segundas, Quartas e Sextas-feiras.
Horários: 18h30 às 19h30

1.1 O cliente deverá realizar o ALONGAMENTO orientado pela assessoria no início dos treinos, às 06h00.

1.2 A Assessoria e a Unimed Fortaleza se reservam o direito de alterar os dias, os horários e os locais dos treinamentos.

2. Responsabilidades do Cliente

2.1 Para iniciar no Programa o Cliente deverá:

- Pagar uma mensalidade de R$40,00 (Quarenta Reais) até o dia 05 do mês vigente. O pagamento deve ser realizado diretamente para a assessoria, através de boleto bancário, durante a permanência do participante na UNIMED Ativa. Este valor não está atrelado ao plano de saúde UNIMED Fortaleza, sendo considerado totalmente independente do mesmo, uma vez que se refere a um serviço de assessoria esportiva.

- Realizar consulta médica, com profissional de sua preferência**,** e entregar para o professor responsável da assessoria, o atestado Médico que explicite a liberação para a prática de exercício físico ou a ausência de restrições para o exercício em até 30 dias desta avaliação física.

- A entrega do atestado médico, com liberação para a prática de corrida/caminhada, é condição para a permanência ou dispensa do participante do Programa de Corrida e Caminhada.

- Após a realização da avaliação física, a entrega do termo de adesão assinado e da quitação da primeira mensalidade (de 12 parcelas) de adesão ao programa o participante receberá uma camisa do programa.

- A UNIMED Fortaleza cederá a primeira camiseta. Para aquisição das demais camisas que o cliente tiver necessidade, o participante deverá adquiri-la comprando através da assessoria esportiva contratada pela Unimed Fortaleza.

2.2 Nos treinos e provas oficiais do calendário indicado pela Assessoria, é OBRIGATÓRIA a utilização da camisa do programa pelo participante.

2.3 O CLIENTE deverá realizar avaliações a cada 6 meses.

2.4 A cada 12 meses ou quando solicitado pelo médico do programa, o cliente deverá apresentar novo atestado médico liberando para a prática de exercícios físicos. O Programa poderá utilizar informações das avaliações e treinamentos para fins estatísticos, mantendo a identificação do CLIENTE sob sigilo.

2.5 É vedado expressamente ao cliente, enquanto estiver vestindo a camiseta do Programa Unimed Ativa, praticar qualquer ato ou conduta que possa desabonar o nome da UNIMED perante terceiros, inclusive praticar qualquer conduta que possa ofender física ou verbalmente outrem, participantes do Programa ou não.

2.6 Caso o cliente pratique alguma conduta desabonadora ao nome da UNIMED, inclusive, mas não se restringindo a, as relacionadas no item 2.5 acima, poderá, a critério da UNIMED, ser imediatamente desligado do Programa, sem prejuízo de ser acionado judicialmente para reparar eventuais danos causados ao nome da UNIMED e/ou a terceiros.

3. Manutenção/Cancelamento da Vaga

3.1 O cliente deverá comparecer a no mínimo 8 treinos por mês. O não comparecimento implicará no cancelamento da sua vaga, sendo necessário realizar nova solicitação de inscrição e avaliações caso o CLIENTE tenha interesse em retornar ao Programa.

3.2 O cliente que necessitar se ausentar por problema de saúde, por período igual ou superior a 10 dias consecutivos, deverá encaminhar atestado médico para o e-mail unimedativa@unimedfortaleza.com.br, em até 48h da data do atestado, para manter sua vaga no programa.

3.3 O cliente com atestado médico superior a 30 dias, deverá agendar nova avaliação para reingressar no programa.

3.4 O cliente que necessitar se ausentar por viagem de trabalho ou férias por período igual ou superior a 10 dias deverá apresentar, em até 48h da data do início da ausência, declaração para manter a sua vaga no programa através do e-mail unimedativa@unimedfortaleza.com.br

3.5 O cliente poderá ingressar/retornar ao programa no máximo três vezes.

3.6 Caso o participante não pague a mensalidade e fique inadimplente em até 30 dias, terá sua vaga cancelada.

3.7 Após um ano de participação no Programa UNIMED Ativa o cliente será desligado para dar oportunidade a outro beneficiário da Unimed Fortaleza.

3.8 O cliente poderá solicitar retorno ao Programa, 1 ano após seu desligamento ficando sua solicitação de retorno condicionada a lista de espera conforme demanda dos clientes.

4. Acesso ao sistema TREINUS

4.1 Com a utilização do sistema online TREINUS, o participante pode manter o controle do número de presenças que possui acessar sua planilha de treinos, verificar eventuais avisos que os professores ou a administração do programa tenham, dentre outros. Para entrar, basta acessar o site www.unimedativa.treinus.com.br ou através do aplicativo em seu celular. No primeiro acesso, o participante deverá realizar o cadastro no sistema.

4.2 Após acessar o sistema pela primeira vez é possível fazer a troca da senha, clicando na guia "Perfil".

4.3 Para dúvidas com relação ao acesso, o participante deverá enviar e-mail para unimedativa@unimedfortaleza.com.br

4.4 A visualização de treinos online não isenta a necessidade de participação presencial no programa.

5. Atendimento de Emergência

5.1 Caso ocorra alguma intercorrência, durante os dias e horários oficiais de corrida e caminhada, sob supervisão da ASSESSORIA, o cliente estará coberto pelo atendimento de remoção UNIMED Urgente (área protegida), conforme regras contratuais.

5.2 A Unimed Fortaleza não se responsabiliza por qualquer acidente causado fora da área protegida e fora dos horários e locais oficiais dos treinos junto com o grupo.

5.3 Em caso de emergência avisar:

Nome:_____Celular:_____

6. Direito de Imagem

Eu, abaixo assinado(a) e qualificado(a), AUTORIZO, para livre utilização, os direitos/uso sobre a minha imagem e som da minha voz, neste ato, à UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., pessoa jurdica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 05.868.278/0001-07, concedendo, consequentemente e universalmente, a qualquer tempo, sua utilização em toda e qualquer exploração comercial, distribuição e exibição por todo e qualquer veículo, processo, ou meio de comunicação e publicidade, existentes ou que venham a ser criados, ou quaisquer outros meios de divulgação e/ou publicidade da UNIMED FORTALEZA em rádio, revistas, jornais, cinema, televisão, home page, mídia eletrônica, etc., para exibição pública ou domiciliar, reprodução no Brasil ou no exterior, ou em quaisquer outros meios que se fizerem necessários e não estejam expressamente descritos neste termo. A presente autorização concedida em caráter irrevogável, irretratável e de forma gratuita, torna a UNIMED FORTALEZA, seus sucessores, sócios, cessionários e produtores isentos do pagamento de quaisquer ônus à minha pessoa a qualquer tempo e sob qualquer pretexto pela utilização das imagens.

Assinatura _____

Qualificação:

Nome:_____
Endereço Completo:_____
Telefone: ( ) _____ / ( ) _____
Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
CPF: _____

Fortaleza/CE, ____ de _____ de _____.

TERMO DE ADESÃO
ASSESSORIA EM CAMINHADA E CORRIDA

7. **Declaração**.

Eu, _____, CPF _____, DECLARO estar ciente e de acordo com as condições do serviço descrito acima e que me encontro em plenas condições físicas e de saúde para participar do Programa Unimed Ativa, conforme atestado médico apresentado nesta data, sendo inteiramente responsável pela minha integridade no que diz respeito à minha aptidão física e de saúde para a prática de esportes, isentando a UNIMED FORTALEZA SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA. e demais membros do programa de toda e qualquer responsabilidade por eventuais incidentes que venham a ocorrer durante e após minha participação no programa. DECLARO, ainda, que o atestado médico apresentado representa fielmente a minha condição física e de saúde.

Fortaleza, _____de_____de_____.

_____
Assinatura do Cliente