

## TERMO DE ADESÃO PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

DADOS DA OPERADORA CONTRATADA					
Nome: UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO ESTADO DO PARANÁ				Registro ANS: 312720	
Endereço: RUA ANTÔNIO CAMILO	N.º: 283	Bairro: TARUMÃ	Cidade: CURITIBA	UF: PR	
CNPJ: 78.339.439/0001-30		Inscrição Estadual: ISENTA	Telefone: (41) 3219-1500		
DADOS DA CONTRATANTE					
Nome: SINAEP – SINDICATO DOS ADMINISTRADORES DO ESTADO DO PARANÁ					
Endereço: RUA ALBERTO BOLLIGER	N.º: 211	Bairro: JUVEVÊ	Cidade: CURITIBA	UF: PR	
CNPJ: 77.974.434/0001-17		Inscrição Estadual:	Telefone: (41) 3222-1716	CEP: 80.030-280	
DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR COM ELEGIBILIDADE COMPROVADA – DADOS OBRIGATÓRIOS					
Nome completo:			CPF:		
Endereço:			N.º:	Complemento:	
Nome da Mãe:		CEP:		CNS:	
Nome do Pai:		Cidade:		Bairro:	
RG:	PIS:	Telefone:	Celular:		
E-mail:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Data nascimento: / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Outros			Desejo receber informações do meu plano via celular: <input type="checkbox"/>		
			Desejo receber informações do meu plano via e-mail: <input type="checkbox"/>		
Produto contratado e registrado na ANS, para o titular e dependentes, deverão estar na mesma acomodação:					
<input type="checkbox"/> 458.239/08-0 - Coletivo por adesão – <b>Apartamento</b> – Coparticipação de 30%					
<input type="checkbox"/> 459.255/08-7 - Coletivo por adesão – <b>Enfermaria</b> – Coparticipação de 30%					
DADOS DOS DEPENDENTES ELEGÍVEIS EM CONTRATO – DADOS OBRIGATÓRIOS					
<b>Dependente 1:</b>			CPF:		RG :
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:			
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /		CNS:	
<b>Dependente 2:</b>		CPF:		RG :	
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:			
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /		CNS:	
<b>Dependente 3:</b>		CPF:		RG :	
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:			
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /		CNS:	
<b>Dependente 4:</b>		CPF:		RG :	
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:			
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /		CNS:	

1. O ASSOCIADO ADERENTE titular subscreve o presente Termo de Adesão aderindo ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo por Adesão com Coparticipação de 30% em consultas e procedimentos ambulatoriais, firmado entre o SINAEP – Sindicato dos Administradores do Estado do Paraná e a Unimed Federação do Paraná.
2. Ao subscrever este termo de adesão O ASSOCIADO ADERENTE titular declara conhecer as cláusulas e condições gerais do referido Plano, concordando e anuindo a tudo quanto se ajustou no contrato citado no item acima.
3. O ASSOCIADO ADERENTE titular na condição de titular poderá indicar como beneficiários dependentes, conforme cláusula X do contrato original.
  - a) Cônjuge;
  - b) Os filhos (as) solteiros até 34 anos 11 meses e 29 dias;
  - c) O enteado, a criança sob a guarda ou tutela do titular por força de decisão judicial;
  - d) A companheiro (a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
  - e) Filhos incapazes;
  - f) Netos (as), até completar 21 anos sob guarda do beneficiário titular ou filho (a) de dependente inscrito no plano, bem como genros e noras até 34 anos 11 meses e 29 dias, desde que o filho(a) do titular também esteja inscrito no plano na qualidade de dependente.
4. O ASSOCIADO ADERENTE titular obriga-se a pagar à UNIMED, por beneficiário inscrito, ressalvada a hipótese do item 4.3, os valores constantes da Tabela abaixo, constantes também do contrato firmado com o SINAEP – Sindicato dos Administradores do Estado do Paraná, a título de mensalidade, em pré-pagamento, que serão estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano.
  - 4.1. Está plenamente ciente de que ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos, que importe em deslocamento para faixa superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário conforme os percentuais / valores estipulados na Tabela abaixo.
  - 4.2. Ocorrendo inclusões, promovendo o acréscimo no número de beneficiários da família, o valor da mensalidade de cada beneficiário será automaticamente adequada à tabela correspondente ao número total de pessoas inscritas da família e da mesma forma, ocorrendo exclusão de beneficiários, em sendo reduzido o número total de beneficiários de uma mesma família integrantes do plano, para menos de quatro, o valor da mensalidade será automaticamente adequada à tabela correspondente ao número de beneficiários inscritos da família que permanecerão no plano.
  - 4.3. A tabela abaixo está sujeita a alteração, caso o contratante (SINAEP) e a contratada (Unimed PR) negociem reajuste em período posterior a assinatura do presente termo e o início de vigência deste ocorra após tal negociação, haja vista o lapso de tempo previsto nos itens 12, 12.1 e 12.2.

**Tabela de valores por faixa etária**

Faixa Etária	Titular e 1 dependente	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 138,20	R\$ 183,12
19-23	R\$ 157,76	R\$ 208,80
24-28	R\$ 195,38	R\$ 258,05
29-33	R\$ 212,97	R\$ 281,20
34-38	R\$ 230,15	R\$ 303,72
39-43	R\$ 263,60	R\$ 347,63
44-48	R\$ 279,63	R\$ 368,79
49-53	R\$ 342,24	R\$ 450,53
54-58	R\$ 475,73	R\$ 624,67
>59	R\$ 572,02	R\$ 749,90

Faixa Etária	Titular e 2 dependentes	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 121,62	R\$ 161,09
19-23	R\$ 138,76	R\$ 183,57
24-28	R\$ 171,63	R\$ 226,65
29-33	R\$ 187,05	R\$ 246,90
34-38	R\$ 202,07	R\$ 266,62
39-43	R\$ 231,38	R\$ 305,08
44-48	R\$ 245,37	R\$ 323,58
49-53	R\$ 300,19	R\$ 395,09
54-58	R\$ 416,96	R\$ 547,42
>59	R\$ 501,25	R\$ 657,03

Faixa Etária	Titular e 3 ou mais dependentes	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 105,09	R\$ 139,07
19-23	R\$ 119,77	R\$ 158,32
24-28	R\$ 147,94	R\$ 195,25
29-33	R\$ 161,17	R\$ 212,62
34-38	R\$ 174,04	R\$ 229,51
39-43	R\$ 199,11	R\$ 262,47
44-48	R\$ 211,14	R\$ 278,31
49-53	R\$ 258,09	R\$ 339,81
54-58	R\$ 358,22	R\$ 470,22
>59	R\$ 430,44	R\$ 565,07

- 4.4. O ASSOCIADO ADERENTE titular assume também a integral e exclusiva responsabilidade de pagar, diretamente à UNIMED, além do valor correspondente às mensalidades, as despesas que lhe couberem em face de regime coparticipativo estabelecido contratualmente.
5. O ASSOCIADO ADERENTE titular declara plena ciência de que na hipótese de rescisão contratual entre a SINAEP – Sindicato dos Administradores do Estado do Paraná e a Unimed do Estado do Paraná, terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados da rescisão, para contratar um plano individual ou familiar, com reaproveitamentos das carências cumpridas neste contrato.
- 5.1. A perda, por qualquer motivo, da condição de ASSOCIADO DO SINAEP, implicará no cancelamento deste termo de adesão e o cancelamento dos beneficiários nele vinculado.
6. O atraso no pagamento da mensalidade, ou do valor correspondente a qualquer encargo contratado, acarretará ao ASSOCIADO ADERENTE titular e respectivos beneficiários dependentes inscritos, a suspensão da prestação dos serviços.
- 6.1. O atraso no pagamento das mensalidades ou da coparticipação, por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou alternados, nos últimos 12 (doze) meses, implicará na rescisão do Termo de Adesão, sendo excluídos do plano O ASSOCIADO ADERENTE titular e seus dependentes nele inscritos;**
- 6.2. O cancelamento do presente Termo de Adesão, qualquer que tenha sido o seu motivo, não inibe a cobrança das despesas ao ASSOCIADO ADERENTE titular, ou de seus dependentes inscritos, realizados após o cancelamento, quando não houver a devolução do cartão de identificação (carteirinha do plano);
- 6.3. Quando solicitado à segunda via do cartão individual de identificação (carteirinha do plano), será cobrado à taxa no valor de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na cláusula de reajustes de preços, citada na cláusula 19.3 do contrato.
7. Os usuários inscritos cumprirão as carências constantes da cláusula XV do contrato original, contadas a partir da data de início de vigência, a saber. Segue as carências:
- **Urgência e Emergência - 24 horas para atendimentos ambulatoriais;**
  - **Consultas médicas - 30 dias;**
  - **Análises clínicas, exames anatopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 dias;**
  - **Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional - 90 dias;**
  - **Fisioterapias - 90 dias;**
  - **Demais coberturas - 180 dias;**
  - **Parto a termo - 300 dias.**

8. Fica pactuado que no caso de contratação de ampliação de cobertura, especificamente para APARTAMENTO, não contratado originalmente, OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS SUJEITAR-SE-ÃO ÀS CARÊNCIAS PREVISTAS DE 180 DIAS, CONTADA A PARTIR DA DATA DA AMPLIAÇÃO.
- 8.1. Fica estabelecido entre as partes que a partir da ampliação de cobertura PARA APARTAMENTO, conforme previsto no caput, A ALTERAÇÃO SERÁ OBRIGATORIA PARA TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA (TITULAR e DEPENDENTES), SENDO DEVIDA ADEQUAÇÃO DOS VALORES DAS CONTRAPESTAÇÕES PECUNIÁRIAS A SEREM FATURADAS CONTRA O ASSOCIADO ADERENTE TITULAR, RELATIVAS A TODOS OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS, NO QUE SE REFERE À ACOMODAÇÃO, conforme tabela vigente na data da alteração, respeitando-se as cláusulas contratuais vigentes que tratam das mensalidades e respectivas coberturas.
9. No momento da adesão ao plano, conforme cláusula X CONDIÇÕES DE ADMISSÃO do contrato original, o Associado deverá informar, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (de si e de seus dependentes) à época da adesão ao plano de saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do contrato, conforme Resolução Normativa da ANS nº 162 (e suas atualizações).
- 9.1. Sendo constatada, por perícia, por entrevista qualificada ou através de declaração expressa, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o ASSOCIADO ADERENTE deve assinar o termo de ciência da CPT - Cobertura Parcial Temporária.
- 9.2. Quando identificada ou declarada a doença ou lesão preexistente, O "INÍCIO DE VIGÊNCIA" DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA CONTRATADA ESTARÁ CONDICIONADO À ENTREGA DO REFERIDO TERMO DEVIDAMENTE ASSINADO. A NÃO ENTREGA DO TERMO DE CIÊNCIA DA CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA TORNA SEM EFEITO O PRESENTE INSTRUMENTO E EXIME A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE QUALQUER OBRIGAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, POIS, NESTA HIPÓTESE, CONSTITUI-SE REQUISITO INDISPENSÁVEL PARA A INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.
- 9.3. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de início de vigência, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal ou constatadas na perícia.
10. Sem prejuízo do disposto no item 4, O ASSOCIADO ADERENTE titular declara-se plenamente ciente e concorda que o REAJUSTAMENTO ANUAL DAS MENSALIDADES DO CONTRATO OCORRERÁ SEMPRE NO MES CORRESPONDENTE AO ANIVERSÁRIO DO CONTRATO FIRMADO COM O SINAEP, independente da data de inclusão dos beneficiários e da assinatura dos Termos de Adesão.



**OPÇÕES DE PAGAMENTO** BOLETO BANCÁRIO DÉBITO AUTOMÁTICO**OBS: O VENCIMENTO SERÁ FIXO PARA TODO DIA 15 DE CADA MÊS****DADOS PARA O DÉBITO AUTOMÁTICO** ITAÚ BANCO DO BRASIL BRADESCO SANTANDER ABN AMBRO REAL HSBC

AGÊNCIA - DV:

CONTA CORRENTE - DV:

NOME DO SÓCIO ADERENTE:

NOME COMPLETO DO CORRENTISTA:

CPF DO CORRENTISTA:

**Autorizo que sejam debitados, na conta corrente informada acima, todos os valores relativos ao plano de saúde contratado junto a Unimed do Paraná – Federação Estadual das Cooperativas Médicas.**

**Os dados acima por mim informados são verdadeiros**

---

**Assinatura do correntista**

---

**Assinatura do Associado Aderente**