

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO UNIMED CURITIBA

CONTRATANTE: Associação dos Servidores Públicos do Município de Pinhais - ASEPI

Código do Contratante: 3362078-0

ASSOCIADO:

Pelo presente instrumento particular, de um lado, **Associação dos Servidores Públicos do Município de Pinhais - ASEPI**, pessoa jurídica, com sede em Pinhais/PR, na Rua Antártida, n.º 757, inscrito no CNPJ sob o n.º 01.089.284/0001-05, a seguir abreviadamente denominado CONTRATANTE, e de outro lado, o seu associado, Sr(a) _____

profissão _____ domiciliado(a) na cidade de _____ UF: _____

onde reside na Rua/Av. _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tels.: (____) _____ E-mail: _____

portador da cédula de identidade, RG n.º _____ expedida pela _____ e inscrito no CPF/MF sob o n.º : _____ matriculado na **ASEPI** sob n.º _____,

doravante designado apenas por ASSOCIADO, têm entre si justo e contratado o quanto segue:

Cláusula 1º. O CONTRATANTE celebrou contrato com a UNIMED CURITIBA, com sede em Curitiba, na Av. Afonso Pena, 297 –Tarumã, Inscrição Estadual Isento, inscrita no CNPJ sob o n.º 75055772/0001-20, para a intermediação de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar a seus associados e respectivos dependente(s). O referido convênio prevê a cobertura, por adesão voluntária a uma das opções do plano de saúde de assistência médica e hospitalar, conforme discriminado nos termos deste contrato, a seguir designado CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, ficando o CONTRATANTE incumbido da intermediação entre a UNIMED CURITIBA e o ASSOCIADO, através do contrato de prestação de serviços, **cujo teor integral o ASSOCIADO poderá obter junto ao CONTRATANTE.**

Cláusula 2º. O ASSOCIADO, pelo presente instrumento adere ao CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, mencionado na cláusula 1, supra, solicitando sua inclusão e do(s) dependente(s) a seguir indicado(s), cabendo ao CONTRATANTE proceder à sua inclusão/alteração/exclusão, sendo que estas deverão ser solicitadas pelo ASSOCIADO, sempre por escrito.

Parágrafo 1º DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

Associado/Titular: _____ PLANO: _____
Documento de Identificação: _____ Data Expedição Documento de Identificação: ____ / ____ / ____
Órgão Expedidor Documento de Identificação: _____ Código Atividade Principal: _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Sexo: _____ Aeromédico(opcional): _____ **Início de vigência:** _____
NOME DA MÃE: _____
Obs: _____ Valor mensalidade(tabela UNIMED): _____

1º Dependente: _____ PLANO: _____
Documento de Identificação _____ Data Expedição Documento de Identificação ____ / ____ / ____
Órgão Expedidor Documento de Identificação _____ Código Atividade Principal _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Grau de dependência: 01:cônjuge; 10:filhos; 60:outros Sexo: _____ Aeromédico(opcional): _____
Início de vigência: _____ NOME DA MÃE: _____
Obs: _____ Valor mensalidade(tabela UNIMED): _____

2º Dependente: _____ PLANO: _____
Documento de Identificação _____ Data Expedição Documento de Identificação ____ / ____ / ____
Órgão Expedidor Documento de Identificação _____ Código Atividade Principal _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Grau de dependência: 01:cônjuge; 10:filhos; 60:outros Sexo: _____ Aeromédico(opcional): _____
Início de vigência: _____ NOME DA MÃE: _____
Obs: _____ Valor mensalidade(tabela UNIMED): _____

3º Dependente: _____ PLANO: _____
Documento de Identificação _____ Data Expedição Documento de Identificação ____ / ____ / ____
Órgão Expedidor Documento de Identificação _____ Código Atividade Principal _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Grau de dependência: 01:cônjuge; 10:filhos; 60:outros Sexo: _____ Aeromédico(opcional): _____
Início de vigência: _____ NOME DA MÃE: _____
Obs: _____ Valor mensalidade(tabela UNIMED): _____

4º Dependente: _____ PLANO: _____
Documento de Identificação _____ Data Expedição Documento de Identificação ____ / ____ / ____
Órgão Expedidor Documento de Identificação _____ Código Atividade Principal _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Grau de dependência: 01:cônjuge; 10:filhos; 60:outros Sexo: _____ Aeromédico(opcional): _____
Início de vigência: _____ NOME DA MÃE: _____
Obs: _____ Valor mensalidade(tabela UNIMED): _____

Parágrafo segundo – Para inclusão de ASSOCIADO e/ou dependente(s) deverão ser preenchidos/apresentados os seguintes documentos:

- a) Declaração de Saúde;
- b) Comprovante de vínculo do Associado;
- c) Comprovante de endereço;
- d) Cópia RG e CPF dos beneficiários;
- e) Cópia Certidão de Casamento.

Cláusula 3º. Deverá o ASSOCIADO cumprir rigorosamente as cláusulas a ele imputadas no CONTRATO PADRÃO, mormente no que diz respeito à utilização dos serviços de assistência médica disponíveis, na forma e segundo os critérios e condições estabelecidos no CONTRATO PADRÃO, verificando previamente se o serviço a ser exigido está compreendido entre aqueles cobertos pelo contrato, bem como o tipo de carência eventualmente estabelecido.

Cláusula 4º. DOS PAGAMENTOS – no ato da assinatura desta proposta de adesão, o ASSOCIADO pagará o valor de R\$ 30,00(trinta reais), referente à taxa de adesão.

Não havendo possibilidade de Associado titular efetuar o pagamento da taxa de adesão no momento da assinatura da proposta de adesão, fica o CONTRATANTE previamente autorizado a efetuar o débito do valor correspondente a taxa de adesão diretamente na folha de pagamento do Associado titular.

Parágrafo 1º - o valor a ser pago mensalmente será aquele constante da Tabela UNIMED CURITIBA em vigor nesta data e co-participações definidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, acrescido do valor total do **INSS** incidente na quitação da fatura emitida pela UNIMED Curitiba contra o CONTRATANTE, cujos valores foram apresentados previamente a adesão **(tabela em anexo)**.

Parágrafo 2º - Os pagamentos decorrentes deste contrato deverão ser efetuados da seguinte forma:

Os pagamentos das mensalidades decorrentes deste contrato deverão ser efetuados pelo ASSOCIADO através de débito em folha de pagamento a favor do CONTRATANTE, sendo o CONTRATANTE responsável pelo pagamento da Fatura das mensalidades do Plano Coletivo por Adesão emitida pela Unimed Curitiba contra o CONTRATANTE.

Os pagamentos das CO-PARTICIPAÇÕES serão efetuados via boletos bancários com vencimento no **dia 03(três)** de cada mês posterior ao mês de vigência, que serão emitidos e enviados pela **Vithal Cobranças Ltda**, que receberá todos os pagamentos e repassará ao CONTRATANTE para efetuar o pagamento da Fatura das Co-participações do Plano Coletivo por Adesão emitida pela Unimed Curitiba contra o CONTRATANTE, conforme contrato celebrado entre a Vithal Cobranças Ltda e o CONTRATANTE.

Em relação à cobrança das CO-PARTICIPAÇÕES, além do INSS haverá a incidência de taxa de administração no valor no valor correspondente a 2,5% (dois vírgula cinco por cento) sobre o valor da co-participação, acrescido de R\$ 3,00 (três reais) por família que será cobrada sempre que houver cobrança de co-participações.

Os valores constantes da Tabela UNIMED CURITIBA e co-participações serão reajustados nas mesmas épocas e nas mesmas bases estipuladas no Contrato Padrão UNIMED CURITIBA, cujo conteúdo completo estará à disposição do ASSOCIADO junto ao CONTRATANTE.

A Taxa de Administração e o INSS serão atualizados sempre que houver variação destas despesas e/ou tributos, bem como serão incluídos novos tributos que venham a incidir sobre a fatura da UNIMED emitida contra o CONTRATANTE.

Parágrafo 3º - Se o Associado não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na Vithal Cobranças Ltda para que não se sujeite às conseqüências da mora.

Cláusula 5º. A prestação não paga no seu respectivo vencimento terá, além da correção monetária(pelo IGPM, ou na falta deste índice, por outro que venha substituí-lo) a incidência de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1%(um por cento) ao mês.

Cláusula 6º. Na hipótese de o ASSOCIADO por qualquer razão deixar de pagar a mensalidade e/ou co-participação por período superior a 15(quinze dias) ou deixar de pagar a contribuição associativa, o CONTRATANTE procederá à rescisão imediata do presente contrato e a conseqüente exclusão do ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) do convênio com a UNIMED CURITIBA, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial ou quaisquer outros avisos ou comunicações, caso em que o ASSOCIADO deverá devolver toda a documentação recebida da UNIMED CURITIBA, inclusive cartão de identificação próprio e de seu(s) dependente(s), sob pena de responder civil e criminalmente pelo seu uso indevido. Todos os procedimentos aqui previstos não eximem o ASSOCIADO do adimplemento da(s) parcela(s) devida(s), acrescida(s) dos índices determinados na cláusula 5ª, por intermédio de execução, para o que, desde já, as partes convencionam a liquidez, certeza e exigibilidade de tais débitos do ASSOCIADO.

Parágrafo único:

A Vithal Cobranças Ltda fica previamente autorizada a emitir duplicata contra o titular inadimplente(sujeita a protesto), para cobrança das co-participações inadimplentes.

Cláusula 7º. O ASSOCIADO obriga-se, sob pena de exclusão do convênio, a atender todas as obrigações estatutárias de ASSOCIADO da **Associação dos Servidores Públicos do Município de Pinhais - ASEPI** mantendo em dia sua contribuição associativa e fornecendo, ainda, todos os dados, declarações e opções necessárias à implantação das obrigações acometidas pelo presente instrumento ao CONTRATANTE. Obriga-

se, ainda, a comunicar, por escrito, mudanças de endereço ou a alteração de qualquer dado fornecido anteriormente, sob pena de exclusão do convênio, sem prejuízo do reembolso das despesas decorrentes do uso indevido do convênio, nos termos das cláusulas 6ª e 13ª, parágrafo único.

Cláusula 8ª. DA UTILIZAÇÃO DO PLANO – fica assegurado ao ASSOCIADO, a partir da aceitação de sua adesão ao CONTRATO, por parte do CONTRATANTE, a utilização do plano de saúde, independentemente do recebimento do Cartão de Identificação, **obedecendo sempre as carências estabelecidas e o início de vigência do plano, conforme consta na cláusula 2, parágrafo 1º . deste documento.**

Parágrafo único: Carências CONTADAS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA

a) 24 horas: atendimentos de urgência ou emergência;

b) 30 dias: Consultas e exames de patologia clínica;

c) 90 dias: Procedimentos de diagnose e terapia, a saber:

EXAMES SIMPLES: eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica em regime ambulatorial, exames radiológicos simples, histocitopatologia, exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrinolaringológicos (exceto videolaringoscopia), inaloterapia, provas de função pulmonar, teste ergométrico, procedimentos de reabilitação e fisioterapia;

d) 180 dias: Internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial:

EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, tais como: angiografias, arteriografias, eletroencefalograma prolongado, mapeamento cerebral e polissonografia, potencial evocado, ultra-sonografias, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia diagnóstica, densitometria óssea, ecocardiograma uni ou bidimensional colorido ou não com doppler, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, hemoterapia, medicina nuclear;

Procedimentos obstétricos: atendimento pediátrico a gestantes(3º trimestre), liquido amniótico, cariótipo com bandas, marcadores bioquímicos para avaliação do risco fetal(cada), determinação do risco fetal, com elaboração de laudo; teste duplo – 1 trimestre(papp-A+beta+hcg) ou outros 2 em soros ou líquido amniótico, teste duplo – 2º trimestre(afp+beta+hcg ou outros 2 em soro ou líquido amniótico), teste triplo(afp+beta+hcg+estriol) ou outros 3 em soro ou líquido amniótico, obstetrícia: com amniocentese;

e) 300 dias: partos incluindo cesarianas;

f) 06 meses: para acomodação individual.(independente da data da opção);

Cláusula 9ª. DA INCLUSÃO, DA EXCLUSÃO OU DE QUALQUER ALTERAÇÃO – o ASSOCIADO deverá fazer os pedidos por escrito, obedecendo à data limite do dia 15(quinze) de cada mês para que sejam processadas para o mês subsequente.

Cláusula 10º. SERVIÇOS SEM COBERTURA PELO CONTRATO – a utilização dos serviços do convênio além ou fora do pactuado no CONTRATO PADRÃO, autoriza o CONTRATANTE a tomar as medidas legais contra o ASSOCIADO de se ressarcir de eventuais prejuízos.

Parágrafo único – o CONTRATANTE não autorizará em hipótese alguma, qualquer atendimento em custo operacional.

Cláusula 11º. CONDIÇÃO DEPENDENTE – Fica de inteira responsabilidade do ASSOCIADO a comunicação ao CONTRATANTE, por escrito em até o dia 15(quinze) do mês que anteceder a data do casamento do dependente, que impossibilita a continuidade da condição de dependente no CONTRATO PADRÃO UNIMED.

Cláusula 12º. Quaisquer falhas e/ou deficiências de serviços, assistência ou atendimento médico – hospitalar prestados na vigência do plano de saúde no qual estiver incluído o ASSOCIADO e dependente(s) são de exclusiva responsabilidade da UNIMED CURITIBA.

Cláusula 13º. O ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) compromete(m) – se a fazer uso normal e criterioso do cartão de identificação, fornecido pela UNIMED CURITIBA. A apuração de quaisquer abusos ou irregularidades praticados com ou sem culpa ou dolo do ASSOCIADO e/ou dependente(s) serão passíveis de cancelamento imediato do plano de saúde, e ainda, à exclusão do quadro de ASSOCIADO da entidade.

Parágrafo único – considera-se uso indevido do convênio, passível de exclusão do plano:

a) a utilização dos serviços do convênio por parte do ASSOCIADO e/ou dependente(s) sem estar(em) regularmente inscrito(s); a falta de pagamento da(s) mensalidade(s) do plano; a falsificação, a alteração e /ou a não apresentação do cartão de identificação;

b) a não comunicação imediata de perda ou extravio do cartão de identificação da UNIMED CURITIBA observando, sempre, as disposições contidas no CONTRATO PADRÃO;

c) a não devolução imediata do cartão de identificação na sede do CONTRATANTE, no caso de exclusão do ASSOCIADO e/ou dependente(s) , por rescisão deste CONTRATO ou do CONTRATO PADRÃO;

d) a utilização dos serviços prestados pela UNIMED CURITIBA, em caso de exclusão do ASSOCIADO e seu dependente(s) por rescisão deste contrato ou do CONTRATO PADRÃO.

Cláusula 14º. O ASSOCIADO reconhece para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor do CONTRATANTE, qualquer atendimento prestado a ele e seus dependentes após a rescisão do contrato, independente da data de início desse tratamento.

Cláusula 15º. Este contrato é celebrado por tempo indeterminado, tendo, todavia sua vigência definida no CONTRATO PADRÃO, e seu término final, na data da rescisão do CONTRATO PADRÃO ou de requerimento do ASSOCIADO a ser protocolizado no CONTRATANTE até o dia 15 de cada mês, conforme cláusula 9ª, supra, ou nas hipóteses previstas nas cláusulas desta Proposta de Adesão/Contrato Padrão.

Cláusula 16º. Fica eleito o foro Central da comarca de Curitiba, por mais privilegiado que outro o seja, para dirimir quaisquer demandas que se aquarem neste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

E, por assim estarem justos e acordados, firmam o presente em 2 vias, destinando-se a primeira via ao CONTRATANTE e a outra via ao ASSOCIADO.

Curitiba, ____ de _____ de _____.

ASSOCIADO: _____

CONTRATANTE: _____

Associação dos Servidores Públicos do Município de Pinhais - ASEPI

ANEXO: TABELA UNIMED CURITIBA:

Opcional Aeromédico: R\$ 2,50

CO-PARTIPAÇÃO: %(*)

(*) De acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA

Insumos descritos na cláusula 4º parágrafo 1º:

1) Taxa de administração: R\$ 3,00 (três reais) mais 2,5% sobre o valor do boleto que será cobrada sempre que houver cobrança de co-participações.

2) INSS incidente sobre faturas emitidas pela UNIMED contra o CONTRATANTE (mensalidades e co-participações):de acordo com a lei 9876/99;

Segunda via do Cartão de Identificação:

Será cobrado do Associado o valor de R\$ 5,00 a título de emissão de 2ª via do cartão magnético, exceto em caso de furto, mediante comprovação através de Boletim de Ocorrência.

ANEXO: TABELA UNIMED CURITIBA:

PLANO	FAIXAS ETARIAS																				
	COD:	0-18	%	19-23	%	24-28	%	29-33	%	34-38	%	39-43	%	44-48	%	49-53	%	54-58	%	59≤	%
AMB HOSP ENF OBSTETRICIA	1661	58,11		64,30	10,66	66,69	3,72	81,69	22,50	84,96	4,00	95,10	11,93	126,12	32,63	155,51	23,30	169,41	8,94	265,93	56,98
AMB HOSP ENFERMARIA	1662	37,47		43,04	14,86	45,21	5,01	58,70	29,86	61,64	5,00	70,76	14,80	98,7	39,45	125,11	26,79	137,62	10,00	224,46	63,10
AMB HOSP APTO OBSTETRICIA	1663	69,78		79,22	13,54	81,83	3,30	105,78	29,25	109,73	3,73	140,58	28,12	146,27	4,04	190,23	30,06	203,31	6,87	283,84	39,61
AMB HOSP APARTAMENTO	1664	42,00		51,25	22,03	53,81	5,00	77,24	43,55	81,10	5,00	111,3	37,24	116,87	5,00	159,92	36,83	172,71	8,00	251,55	45,65

obs 1 : Na tabela acima já estão inclusos os insumos mencionados na cláusula 4º, conforme descritos a seguir: INSS incidente sobre fatura emitida pela UNIMED contra o CONTRATANTE: de acordo com a lei 9876/99

Opcional Aeromédico: R\$ 2,50

CO-PARTIPAÇÃO: Plano Flex co-participação 20%(*)

(*) De acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA

Insumos descritos na cláusula 4º parágrafos 1º e 2º:

1) Taxa de administração: 2,5%(dois vírgula cinco por cento) sobre o valor da Co-participação, acrescido de R\$ 3,00(três reais) por família que serão cobrados sempre que houver cobrança de co-participações.

2) INSS incidente sobre faturas emitidas pela UNIMED contra o CONTRATANTE (mensalidades e co-participações):de acordo com a lei 9876/99;

Segunda via do Cartão de Identificação:

Será cobrado do Associado o valor de R\$ 5,00 a título de emissão de 2ª via do cartão magnético, exceto em caso de furto, mediante comprovação através de Boletim de Ocorrência.