

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ

CONTRATANTE: Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná
CÓDIGO DO CONTRATANTE: 54780-0

ASSOCIADO:

Pelo presente instrumento particular, de um lado, **Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná**, pessoa jurídica, com sede em Curitiba, Capital do Estado do Paraná, na Rua Marechal Deodoro, nº 630, conjunto 2201, inscrito no CNPJ sob n.º76.684.828/0001-78, a seguir abreviadamente denominado CONTRATANTE, e de

outro lado, o seu associado, Sr. _____, portador da cédula de identidade, RG n.º _____ expedida pela _____ e inscrito no CPF/MF sob o n.º _____ matriculado na ASSOCIAÇÃO 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 do Estado do Paraná, com sede em Curitiba, na Rua Antonio Camilo, nº 283, bairro Tarumã, Inscrição Estadual Isento, inscrita no CNPJ sob o n.º 78339439/0001-30, 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 de contrato, a seguir designado CONTRATO PADRÃO ou CONTRATO PADRÃO UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ, cujo teor integral o ASSOCIADO poderá obter junto ao CONTRATANTE, ficando o CONTRATANTE incumbido da intermediação entre a Unimed do Estado do Paraná e o ASSOCIADO.

Cláusula 2º. O ASSOCIADO, pelo presente instrumento adere ao CONTRATO PADRÃO, 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:

Associado/Titular(SEM ABREVIACÕES): _____
Documento de Identificação: _____ Data Expedição Documento de Identificação: ____/____/____
Órgão Expedidor Documento de Identificação: _____ UF: _____ CPF: _____
Data de Nasc.: ____/____/____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Sexo: _____ NOME DA MÃE(SEM ABREVIACÕES): _____
Código da atividade principal: _____
ENDEREÇO: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Tel: (____) _____ Tel: (____) _____ email: _____
PLANO: _____ valor mensalidade(tabela Unimed) : _____
Início de vigência: _____ obs: _____

DEPENDENTE 1(SEM ABREVIACÕES): _____
Grau de dependência: 01:cônjuge/companheiro(a); 10: filhos; 60: outros
Documento de Identificação: _____ Data Expedição Documento de Identificação: ____/____/____
Órgão Expedidor Documento de Identificação: _____ UF: _____ CPF: _____
Data de Nasc.: ____/____/____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Sexo: _____ NOME DA MÃE(SEM ABREVIACÕES): _____
Código da atividade principal: _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Tel: (____) _____ Tel: (____) _____ email: _____
PLANO: _____ valor mensalidade(tabela Unimed) : _____
Início de vigência: _____ obs: _____

DEPENDENTE 2(SEM ABREVIACÕES): _____
Grau de dependência: 01:cônjuge/companheiro(a); 10: filhos; 60: outros
Documento de Identificação: _____ Data Expedição Documento de Identificação: ____/____/____
Órgão Expedidor Documento de Identificação: _____ UF: _____ CPF: _____
Data de Nasc.: ____/____/____ Estado civil: 0:casado; 1:solteiro; 2:viúvo; 3:desquitado; 4:divorciado; 5:outros
Sexo: _____ NOME DA MÃE(SEM ABREVIACÕES): _____
Código da atividade principal: _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Tel: (____) _____ Tel: (____) _____ email: _____
PLANO: _____ valor mensalidade(tabela Unimed) : _____
Início de vigência: _____ obs: _____

DEPENDENTE 3(SEM ABREVIACÕES): _____

Grau de dependência: 01:cônjuge/companheiro(a); 10: filhos; 60: outros

Documento de Identificação: _____ Data Expedição Documento de Identificação: ____/____/____

Órgão Expedidor Documento de Identificação: _____ UF: _____ CPF: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Estado: _____ Solteiro: Casado: Viúvo: Divorciado:

Sexo: M F X A E EM REV C E

Código de Endereçamento Postal: _____

ENRELAÇÃO: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: (____) _____ Tel: (____) _____ email: _____

PLANO: _____ valor mensalidade(tabela Unimed) : _____

Início de vigência: _____ obs: _____

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; (O SENGE/PR dará o andamento em relação a este documento);
- c) Comprovante de endereço;
- d) Cópia RG e CPF dos beneficiários;
- e) Cópia certidão de nascimento (menores de 18 anos, sem CPF);
- f) Cópia Certidão de Casamento.

Cláusula 3ª. 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 4ª. DOS PAGAMENTOS – O valor a ser pago mensalmente será aquele constante da Tabela do CONTRATO PADRÃO em vigor nesta data e co-participações também definidas no CONTRATO PADRÃO, acrescido do valor total da Taxa de Administração, cujos valores foram apresentados previamente a adesão (tabela em anexo);

Parágrafo 1º - os pagamentos decorrentes desta proposta de adesão deverão ser efetuados através de boletos bancários, que serão emitidos e enviados pela Vithal Cobranças Ltda, que receberá todos os pagamentos e repassará ao CONTRATANTE para efetuar o pagamento da Fatura do Plano Coletivo por Adesão emitida pela Unimed do Estado do Paraná contra o CONTRATANTE, conforme acordo operacional celebrado entre a Vithal Cobranças Ltda e o CONTRATANTE, cujo teor integral o ASSOCIADO poderá obter junto ao CONTRATANTE.

As parcelas vencerão sempre no dia 15(quinze) do mês de vigência. Os valores constantes da Tabela UNIMED do Estado do Paraná e co-participações serão reajustados nas mesmas épocas e nas mesmas bases estipuladas no CONTRATO PADRÃO, cujo conteúdo completo estará à disposição do ASSOCIADO junto ao CONTRATANTE.

A Taxa de Administração será atualizada sempre que houver variação de despesas e tributos, bem como serão incluídos novos tributos que venham a incidir sobre a quitação da fatura da UNIMED do Estado do Paraná emitida contra o CONTRATANTE.

Parágrafo 2º - 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 deixar de pagar a mensalidade/coparticipação por período superior a 15(quinze dias) ou deixar de pagar a contribuição associativa, o CONTRATANTE procederá à rescisão imediata da presente proposta de adesão e a conseqüente exclusão do ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) do convênio com a UNIMED do Estado do Paraná, 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 do Estado do Paraná, 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:

Em caso de falta de pagamento o Contratante ou a Vithal Cobranças Ltda fica previamente autorizada a proceder a cobrança, inclusive por meio de execução judicial, do valor principal acrescido dos encargos, bem como incluir o nome do beneficiário titular como inadimplente nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SCPC e SERASA, entre outros.

Cláusula 7º. O ASSOCIADO obriga-se, sob pena de exclusão do convênio, a atender todas as obrigações estatutárias de ASSOCIADO do Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná, 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 assegurada ao ASSOCIADO, a partir da aceitação de sua adesão ao CONTRATO PADRÃO, 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, conforme consta na cláusula 2ª, parágrafo 1º desta proposta de adesão.

Parágrafo primeiro: Carências contadas a partir do início de vigência (cláusula 2ª, parágrafo 1º):

a) Urgência e Emergência - 24 horas, observadas as limitações de cobertura quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas na cláusula específica de urgência e emergência do CONTRATO PADRÃO;

b) Consultas médicas - 30 dias.

c) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia - 30 dias.

d) Fisioterapias - 90 dias.

e) Demais coberturas - 180 dias.

f) Parto a termo – 300 dias.

g) 06 meses: para acomodação individual(inclusive quando da alteração de acomodação, independente da data desta alteração);

Parágrafo segundo: Estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência, exclusivamente:

a) os beneficiários já devidamente vinculados à CONTRATANTE e cuja inclusão ocorra até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração do CONTRATO PADRÃO;

b) os novos beneficiários que vierem a se vincular à CONTRATANTE após os 30 (trinta) dias da celebração do CONTRATO PADRÃO, cuja inclusão ocorra até 30 (trinta) dias a contar da data de cada aniversário do CONTRATO PADRÃO.

c) O recém nato, desde que a inclusão seja efetivada até 30(trinta) dias do nascimento e o consumidor tenha direito à cobertura do parto pelo CONTRATO PADRÃO e tenha cumprido a carência;

Parágrafo terceiro: CPT – Cobertura Parcial Temporária contada a partir do início de vigência (cláusula 2ª, parágrafo 1º):

a) 24 meses para as doenças e lesões pré-existentes declaradas na inclusão do beneficiário.

Parágrafo quarto: Estarão isentos do cumprimento do prazo de CPT definido no parágrafo terceiro, exclusivamente o recém nato, desde que a inclusão seja efetivada até 30(trinta) dias do nascimento e o consumidor tenha direito à cobertura do parto pelo CONTRATO PADRÃO e tenha cumprido a carência.

Cláusula 9°. DA INCLUSÃO, DA EXCLUSÃO OU DE QUALQUER ALTERAÇÃO – o ASSOCIADO deverá fazer os pedidos por escrito, sendo que qualquer inclusão, exclusão ou alteração será efetivada na UNIMED do Estado do Paraná no dia primeiro do mês seguinte, desde que a proposta de adesão esteja corretamente preenchida, rubricada/assinada pelo associado titular, com a documentação completa e devidamente homologada pelo CONTRATANTE (Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná), até dois dias úteis antes do dia 15(quinze) de cada mês.

Cláusula 10°. 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 11°. CONDIÇÃO DEPENDENTE – são considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 34 anos, 11 meses e 29 dias;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial, solteiro até 24 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência de cônjuge;
- e) os filhos incapazes;
- f) netos com até 21 anos de idade, sob guarda do beneficiário titular ou filho(a) de dependente inscrito no plano.

Cláusula 12°. 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 do Estado do Paraná.

Cláusula 13°. O ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) compromete(m) – se a fazer uso normal e criterioso do cartão de identificação, fornecido pela UNIMED do Estado do Paraná. A apuração de quaisquer abusos ou irregularidades praticados com ou sem culpa ou dolo do ASSOCIADO e/ou dependente(s) serão passíveis de exclusão imediata 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 do Estado do Paraná 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 desta proposta de adesão ou do CONTRATO PADRÃO;
- d) a utilização dos serviços prestados pela UNIMED do Estado do Paraná, em caso de exclusão do ASSOCIADO e seu dependente(s) por rescisão desta proposta de adesão ou do CONTRATO PADRÃO.
- e) Demais situações previstas no CONTRATO PADRÃO.

Cláusula 14°. 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 desta proposta de adesão ou do CONTRATO PADRÃO, independente da data de início desse tratamento.

Cláusula 15°. Esta proposta de adesão é celebrada 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, conforme cláusula 9ª, supra, ou nas hipóteses previstas nas cláusulas desta Proposta de Adesão/Contrato Padrão.

Cláusula 16°. Fica eleito o foro Central da comarca de Curitiba, por mais privilegiado que outro o seja, para dirimir quaisquer demandas que se amparem 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 _____.

A ASSOCIADO _____
CONTRATANTE: _____

MINUTA DA PROPOSTA

Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná

ANEXO:

1. MENSALIDADE TABELA UNIMED do Estado do Paraná:

Código plano: 339 - Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia acomodação: **ENFERMARIA**

Faixa etária	Somente o titular	Titular mais 1 dependente (por pessoa)	Titular mais 2 dependentes (por pessoa)	Acima de 3 dependentes (por pessoa)
0 a 18 anos	77,24	69,52	61,80	54,07
19 a 23 anos	93,09	83,78	74,47	65,16
24 a 28 anos	115,64	104,08	92,51	80,95
29 a 33 anos	120,86	108,78	96,69	84,60
34 a 38 anos	130,85	117,77	104,68	91,60
39 a 43 anos	150,37	135,33	120,29	105,26
44 a 48 anos	176,64	158,98	141,31	123,65
49 a 53 anos	200,91	180,81	160,72	140,64
54 a 58 anos	279,27	251,34	223,42	195,49
Mais de 58 anos	396,65	356,99	317,32	277,66

Código plano: 338 - Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia acomodação: **APARTAMENTO**

Faixa etária	Somente o titular	Titular mais 1 dependente (por pessoa)	Titular mais 2 dependentes (por pessoa)	Acima de 3 dependentes (por pessoa)
0 a 18 anos	104,83	94,35	83,87	73,39
19 a 23 anos	120,08	108,07	96,06	84,06
24 a 28 anos	149,40	134,45	119,52	104,58
29 a 33 anos	163,16	146,85	130,53	114,22
34 a 38 anos	176,56	158,91	141,25	123,60
39 a 43 anos	202,70	182,43	162,17	141,89
44 a 48 anos	234,71	211,23	187,77	164,29
49 a 53 anos	290,30	261,27	232,24	203,21
54 a 58 anos	367,49	330,74	293,99	257,24
Mais de 58 anos	524,73	472,26	419,79	367,32

2. MENSALIDADE do BENEFÍCIO FAMÍLIA:

Na modalidade enfermaria: R\$ 2,50 por beneficiário;

Na modalidade apartamento: R\$ 3,00 por beneficiário.

Consideram-se dependentes aptos a participarem do benefício família, exclusivamente: cônjuge/companheiro(a) e filhos(as) solteiro(as) até 24 anos – conforme estabelecido no CONTRATO PADRÃO

3. CO-PARTIPAÇÃO: (*) De acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO PADRÃO

3.1. COPARTICIPAÇÃO de 30% nos procedimentos ambulatoriais, limitado ao valor máximo de R\$ 50,00 por procedimento;

3.2. COPARTICIPAÇÃO nas despesas, nos percentuais definidos no CONTRATO PADRÃO, sem limitação do valor máximo, nas internações psiquiátricas no caso de portadores de transtornos mentais e nas internações de portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização, somente quando ultrapassados os prazos definidos pela cobertura contratual;

4. Taxa de administração na cláusula 4º:

Taxa de administração(mensal): 10,50%(dez vírgula cinquenta por cento) sobre o valor da mensalidade e co-participação dos beneficiários titulares e dependentes(tabela UNIMED) + R\$ 3,00(três reais) por família;

5. 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.

ATENÇÃO: O Sindicato dos Engenheiros no Estado do Paraná coloca a disposição de seus Associados o MPS(MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE) e o GLC(GUIA DE LEITURA CONTRATUAL) para que possam realizar a adesão ao plano com pleno conhecimento de suas características.

Uma das formas de acesso ao MPS e ao GLC é por meio do site www.grupovital.com.br – menu serviços.

DECLARAÇÃO

Declaro, a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebi um exemplar digital, de forma clara e perfeitamente legível do MPS (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de planos de saúde.

Curitiba, _____ de _____ de 2010

Assinatura

Nome legível:

DECLARAÇÃO

Declaro, a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebi um exemplar digital, de forma clara e perfeitamente legível do GLC (Guia de Leitura Contratual), o qual facilita a apreensão do conteúdo do contrato de plano de saúde por meio da indicação das referências aos seus tópicos relevantes.

Curitiba, _____ de _____ de 2010

Assinatura

Nome legível: