



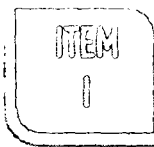
Unimed 

Curitiba

PLANO UNIMED

123456

PROPOSTA DE ADMISSÃO N° 106563



CONTRATADA

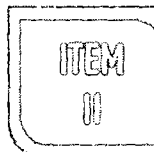
UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 80 - 29/12/72, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 30470 -1, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000865-7 e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 75.055.772/0001-20, com sede na Avenida Affonso Penna, nº 297, Bairro Tarumã, Curitiba/PR, CEP 82530-280.

ATENDIMENTO EXCLUSIVO PARA O RESPONSÁVEL DO RH DA CONTRATANTE:

FONE: 0800-642-4004

ATENDIMENTO LINHA DIRETA PARA OS BENEFICIÁRIOS DO PLANO:

FONES: (41) 3019-2000 – Exclusivo para liberações de procedimentos.
0800 642 2002 – Exclusivo para sugestões, reclamações e esclarecimentos.
0800 642 5005 – Exclusivo para deficiente auditivo ou de fala.



CONTRATANTE

1. Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO

2. Nome Fantasia: ASSEMCO

3. CNPJ/MF: 79.141.362/0001-52

4. Inscrição Estadual: ISENTA

1º VIA - UNIMED CURITIBA | 2º VIA - CONTRATANTE

ANS - n.º 30470 1

**ITEM
III****LOGRADOURO DE CORRESPONDÊNCIA**

1. Rua/Av.: JOSÉ LEAL FONTOURA

2. Nº: 113

3. Complemento:

4. Bairro: CENTRO

5. Cidade: COLOMBO

6. UF: PR

7. CEP: 83.414-190

8. DDD: 041 9. Telefone: 3656-8114

10. Fax: 3656-7213

11. E-mail do RH: ASSEMCO01@YAHOO.COM.BR

**ITEM
IV****LOGRADOURO DE FATURA**

1. Rua/Av.: O MESMO CONFORME INFORMADO NO ITEM III

2. Nº:

3. Complemento:

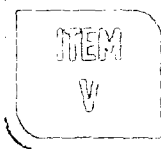
4. Bairro:

5. Cidade:

6. UF:

7. CEP:

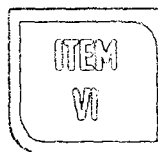
8. E-mail para envio das faturas: ASSEMCO01@YAHOO.COM.BR

**QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE ASSINAM PELA CONTRATANTE****Qualificação 1:**

1. Nome: IRENE DE FATIMA TOSIN CAMILO
2. Documento de Identificação: 3.578.557-4
3. Órgão Emissor: SSP 4. UF: PR
5. CPF/MF: 025.548.919-66 6. Nacionalidade: BRASILEIRA
7. Estado Civil: CASADA
8. Profissão: PROFESSORA
9. Cargo na Empresa: PRESIDENTE

Qualificação 2:

1. Nome: JORGE FIRMINO
2. Documento de Identificação: 4.329.145-9
3. Órgão Emissor: SSP 4. UF: PR
5. CPF/MF: 768.953.009-53 6. Nacionalidade: BRASILEIRO
7. Estado Civil: CASADO 8. Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO
9. Cargo na Empresa: PRIMEIRO TESOUREIRO

**REPRESENTANTE DE VENDAS**

1. Razão Social: MED SERVICE CORRETORA DE SEGUROS LTDA
2. CNPJ/MF: 06.064.775/0001-07

**ITEM
VII****PLANO CONTRATADO**

<input type="checkbox"/>	Plano Uniplan: Sem Coparticipação com abrangência de cobertura nacional.
<input type="checkbox"/>	Plano Amigo: Com Coparticipação nos valores dos Procedimentos realizados em caráter ambulatorial, constantes na "Relação de Procedimentos Coparticipação - Plano Amigo", com abrangência de cobertura nacional.
<input checked="" type="checkbox"/>	Plano Flex Coparticipação 1: Com coparticipação nas despesas relativas aos procedimentos pertinentes à cobertura ambulatorial (consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais eletivos e emergenciais), com abrangência de cobertura regional (grupo de municípios).
<input type="checkbox"/>	Plano Flex Coparticipação 2: Com Coparticipação nas despesas relativas às consultas eletivas e emergenciais realizadas, com abrangência de cobertura regional (grupo de municípios).

Obs: Deve ser assinalada apenas uma opção.**ITEM
VIII****PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO QUANDO CONTRATADO**

Plano Amigo		Plano Flex	
<input type="checkbox"/>	25% (vinte e cinco por cento)	<input type="checkbox"/>	20% (vinte por cento)
<input type="checkbox"/>	50% (cinquenta por cento)	<input type="checkbox"/>	30% (trinta por cento)
		<input checked="" type="checkbox"/>	40% (quarenta por cento)
		<input type="checkbox"/>	50% (cinquenta por cento)

Obs: deve ser assinalada apenas uma opção.**ITEM
IX****TIPO DE CONTRATAÇÃO**

<input type="checkbox"/>	Coletivo Empresarial: O vínculo dos beneficiários titulares com a pessoa jurídica contratante é por relação empregatícia ou estatutária de acordo com a legislação vigente.
<input checked="" type="checkbox"/>	Coletivo por Adesão: O vínculo dos beneficiários titulares com a pessoa jurídica contratante é de caráter profissional, classista ou setorial de acordo com a legislação vigente.

Obs: deve ser assinalada apenas uma opção.

**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

Segmentação de Plano		
Opção		Descrição
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ambulatorial Hospitalar Enfermaria com Obstetrícia
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ambulatorial Hospitalar Apartamento com Obstetrícia
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Ambulatorial (Não disponível no plano Flex)

**CONDIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO**

Contrato Coletivo Empresarial	
<input type="checkbox"/>	Contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários.
<input type="checkbox"/>	Contratos com 30 (trinta) beneficiários ou mais.
<input type="checkbox"/>	Fica definido que o número mínimo para manutenção do contrato será de 30 (trinta) beneficiários.

Contrato Coletivo por Adesão	
<input checked="" type="checkbox"/>	Fica estabelecido que o número mínimo para manutenção deste contrato será de 100 (cem) beneficiários.

Obs: deve ser assinalada apenas uma opção.

**MÓDULOS OPCIONAIS E TERMOS ADITIVOS**

A Contratante declara estar de acordo com todas as condições estabelecidas nos módulos opcionais e termos aditivos optados abaixo, cujo teor é de seu inteiro conhecimento e cujas condições aceita sem ressalva ou restrição:

<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Cobertura para Transporte Aeromédico. Custo mensal <i>per capita</i> : R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos).
------------------------------	---	---

Sim ()	Não (X)	Plano específico para ex-funcionários demitidos sem justa causa ou exonerados e aposentados, exclusivamente para aqueles que participarem financeiramente nas mensalidades do plano, nos contratos na modalidade de contratação coletivo empresarial. Tipo de participação (descrever a participação do funcionário na mensalidade do plano, percentual ou R\$):
Sim ()	Não (X)	Cobertura SOS UNIMED Emergencial (Remoção Terrestre). Custo Mensal <i>per capita</i> R\$ As definições de cobertura deste opcional estão detalhadas no regulamento Condições Gerais disponibilizado à Contratante no ato da aquisição do produto.

**ITEM
XIII****PERMANÊNCIA DOS DEPENDENTES NA CONDIÇÃO DE FILHOS**

Os filhos solteiros poderão permanecer no plano, na condição de beneficiários dependentes diretos em relação ao beneficiário titular, até a idade de:

()	24 (vinte e quatro) anos incompletos.
(X)	30 (trinta) anos incompletos.

**ITEM
XIV****CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA**

- Este contrato vigorará na modalidade de pré-pagamento e os valores de mensalidade estão dispostos no Anexo I que faz parte integrante indissolúvel do presente contrato.
- Os valores cobrados, definidos no Anexo I, serão reajustados de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato de mesmo número.
- O percentual de variação das mensalidades por faixa etária está disposto no Anexo I.

1º VIA - UNIMED CURITIBA | 2º VIA - CONTRATANTE

ANS - n.º 30470 1

6

d) O vencimento das faturas será sempre no mês em curso:

1. (X) dia 15 2. () dia 20 3. () dia 25 4. () dia

e) O valor cobrado a título de taxa de inscrição é de: R\$ 15,00 (QUINZE REAIS) por beneficiário inscrito.

**ITEM
XV****VIGÊNCIA DO CONTRATO**

O contrato começa a vigorar a partir de 10 de MAIO de 2014, e terá duração mínima de 12 (doze) meses sendo prorrogado automaticamente por igual período.

**ITEM
XVI****DECLARAÇÕES**

Declaramos, para todo e qualquer fim, que:

1. Estamos cientes que somente poderão ser inclusos no plano funcionários com relação empregatícia ou estatutária para planos coletivos empresariais, e aqueles que mantêm vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial no caso de planos por Adesão, bem como seus respectivos dependentes (cônjuge, filhos e tutelados), sendo a inclusão, exclusão e demais mudanças cadastrais processadas até o dia 25 de cada mês via internet, junto ao Portal da Unimed Curitiba, endereço eletrônico www.unimedcuritiba.com.br, para comodidade e agilidade no trâmite, tornando desnecessária a apresentação dos respectivos documentos comprobatórios, exceto para recém admitidos, recém-casados e recém-nascidos.

Esta dispensa, contudo, não exime a contratante de fornecer o nome, qualificação completa e relação de titularidade ou dependência dos beneficiários inscritos.

2. Conhecemos as condições contratuais que deverão ser preenchidas, necessariamente, por aquele que pretenda ser inscrito no plano de saúde. Com relação à condição de beneficiários titulares e dependentes, fica a Unimed Curitiba habilitada a requisitar, via Portal Unimed, que se apresentem, em 30 (trinta) dias, os documentos aptos a ratificar o vínculo respectivo, cabendo à Contratante apresentá-los, cientes de que a omissão, transcorrido o prazo indicado, ocasionará o desligamento do dependente em situação irregular ou de toda a família, nos casos em que o titular perde seu status, nos moldes delineados no contrato.

1º VIA - UNIMED CURITIBA | 2º VIA - CONTRATANTE

ANS - n.º 30470 1

3. Assumimos a responsabilidade pela veracidade dos dados informados, considerando que somente poderão ser introduzidos no sistema mediante indicação da assinatura eletrônica (login e senha) exclusiva e sigilosa, repassada pela Contratada neste ato, estando conscientes do dever de resguardá-la, adotando as providências e cuidados hábeis a impedir que seja divulgada a terceiros alheios à empresa ou que não detenham legitimidade para manuseá-la, de modo a impedir a inserção indiscriminada de dados, sob pena de configurar, caso seja detectada qualquer desconformidade, descumprimento dos termos contratuais podendo ocasionar, eventualmente, a rescisão do ajuste.

4. Nos comprometemos em entregar para os beneficiários titulares até a assinatura de sua proposta de ingresso no plano, o MPS (Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde) e o GLC (Guia de Leitura Contratual), os quais serão fornecidos pela Unimed Curitiba e resguardar a declaração de recebimento assinada pelo titular na pasta dos colaboradores e deixá-la a disposição da Unimed Curitiba.

**ITEM
XVII**

REGISTRO DOS PLANOS NA ANS

Planos Coletivos Empresariais					
Plano	Segmentações de Plano				
	Número do Registro na ANS				
	Ambulatorial	Amb. + Hosp. + Enf. com Obst.	Amb. + Hosp. + Enf.	Amb. + Hosp. + Apto. com Obst.	Amb. + Hosp. + Apto.
Plano Uniplan PJ Sem Coparticipação	704.337/99-6	704.344/99-9	704.343/99-1	704.346/99-5	704.345/99-7
Plano Amigo copart. 25%	704.338/99-4	704.353/99-8	704.351/99-1	704.350/99-3	704.355/99-4
Plano Amigo copart. 50%	704.339/99-2	704.354/99-6	704.352/99-0	704.358/99-0	704.356/99-2
Plano Flex copart. -1 (ambulatorial)	***	457.673/08-0	457.670/08-2	457.672/08-9	457.673/08-1
Plano Flex copart. -2 (somente em consultas)	***	457.677/08-2	457.674/08-8	457.675/08-4	457.675/08-6



Planos Coletivos Por Adesão					
Plano	Segmentações de Plano				
	Número do Registro na ANS				
	Ambulatorial	Amb. + Hosp. + Enf. com Obst.	Amb. + Hosp. + Enf.	Amb. + Hosp. + Apto. com Obst.	Amb. + Hosp. - Apto.
Plano Uniplan PJ Sem Coparticipação	429.508/00-1	429.510/00-2	429.508/00-9	429.512/00-9	429.511/00-1
Plano Amigo copart. 25%	704.341/99-4	704.381/99-3	704.379/99-1	704.385/99-6	704.383/99-0
Plano Amigo copart. 50%	704.342/99-2	704.382/99-1	704.350/99-5	704.386/99-4	704.384/99-8
Plano Flex copart. -1 (ambulatorial)	***	458.120/08-2	458.118/08-1	458.121/08-1	458.119/08-9
Plano Flex copart. -2 (somente em consultas)	***	458.116/08-4	458.299/08-3	458.117/08-2	458.115/08-6



SOLICITAÇÃO DE RATIFICAÇÃO / RETIFICAÇÃO

Solicitamos a ratificação / retificação das informações conforme descrito abaixo:

1º VIA - UNIMED CURITIBA | 2º VIA - CONTRATANTE

ANS - n.º 30470 1

Na qualidade de representante(s) legal(is) da empresa acima identificada, ratificamos todas as informações contidas neste instrumento contratual.

Curitiba, 28 de ABRIL de 2014.

CONTRATANTE

Qualificação 1 (Assinatura)


Nome: IRENE DE FATIMA TOSIN CAMILO

Cargo: PRESIDENTE

Qualificação 2 (Assinatura)


Nome: JORGE FIRMINO

Cargo: PRIMEIRO TESOUREIRO

TESTEMUNHA


Nome: LIZANDRA CAROLINE MENDES DOS SANTOS

CPF: 090.958.569-50

UNIMED CURITIBA


Dr. Alexandre Gustavo Bley
Diretor Presidente


Dr. Agenor Ferreira da Silva Filho
Diretor Tesoureiro Geral

TESTEMUNHA


Dr. Wanderley Silva
Diretor Secretário Geral

1º VIA - UNIMED CURITIBA | 2º VIA - CONTRATANTE

ANS - n.º 30470 1

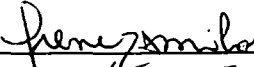
Contrato Número 106563

DECLARAÇÃO- CONTRATO

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos um exemplar impresso e de forma clara e perfeitamente legível do Regulamento Plano Flex Coletivo por Adesão – Coparticipação - I - Enfermaria com Obstetrícia – (4ª Edição), formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

Para clareza, firmamos a presente.

CURITIBA, 28 de ABRIL de 20 14.



NOME: IRENE DE FATÍMA TOSIN CAMILO
CARGO: PRESIDENTE

Contrato Número 106563

Declaração- Contrato

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos um exemplar impresso e de forma clara e perfeitamente legível do Regulamento Plano Flex Coletivo por Adesão – Coparticipação - I - Apartamento com Obstetrícia – (4ª Edição), formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

Para clareza, firmamos a presente.

Curitiba, 23 de Abril de 2011

*
NOME: IRENE DE FÁTIMA TOSIN CARILLO
CARGO: PRESIDENTE

1. TABELA DE MENSALIDADES PLANO FLEX COM PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO DEFINIDA NO ITEM VIII DO CONTRATO, CONFORME NÚMERO ACIMA, EM TODOS OS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - COPART. - 1.

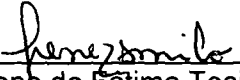
FAIXA ETÁRIA	AMB. HOSP. ENF. COM OBST.	AMB. HOSP. APTO. COM OBST.
0 a 18 anos	75,78	89,54
19 a 23 anos	87,06	109,25
24 a 28 anos	91,42	114,72
29 a 33 anos	118,72	164,67
34 a 38 anos	124,65	172,91
39 a 43 anos	143,11	237,31
44 a 48 anos	199,57	249,18
49 a 53 anos	253,02	340,96
54 a 58 anos	278,33	368,23
59 anos ou +	453,98	536,33

2. PERCENTUAL DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA ETÁRIA	% DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	
0 a 18 anos		
19 a 23 anos	14,89	22,01
24 a 28 anos	5,01	5,01
29 a 33 anos	29,86	43,54
34 a 38 anos	4,99	5,00
39 a 43 anos	14,81	37,24
44 a 48 anos	39,45	5,00
49 a 53 anos	26,78	36,83
54 a 58 anos	10,00	8,00
59 anos ou +	63,11	45,65

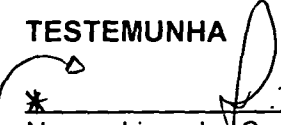
3. Declaramos a bem da verdade e para que produza os seus efeitos jurídicos e legais, que estamos cientes e de acordo com a Tabela de Mensalidades acima, a qual servirá como base para a cobrança mensal por parte da UNIMED CURITIBA, bem como de que os valores serão reajustados conforme Cláusula de reajuste do Contrato.

CONTRATANTE

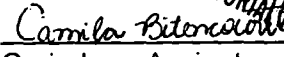
* 
Nome: Irene de Fátima Tosin Camilo
Cargo: Presidente

* 
Nome: Jorge Firmino
Cargo: Primeiro Tesoureiro

TESTEMUNHA

* 
Nome: Lizandra Caroline Mendes dos Santos
CPF: 090.958.569-50

REPRESENTANTE DE VENDAS

* 
Carimbo e Assinatura

EQUATORIAL REPRESENTAÇÃO COMERCIAL LDA