



PLANO COLETIVO

PROPOSTA DE ADMISSÃO Nº 108103



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.

**SUBSTITUIÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL**

Em atenção ao Art.11 da Resolução Normativa n.º 365, de 11 de dezembro de 2014, informamos que as substituições havidas na rede assistencial do seu plano de saúde estarão disponíveis no Portal Corporativo ([www.unimedcuritiba.com.br](http://www.unimedcuritiba.com.br)) e por meio da Central de Atendimento nos telefones citados acima.

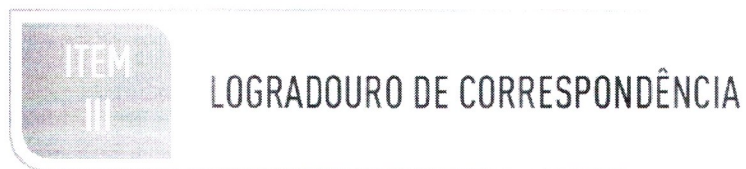


CONTRATANTE

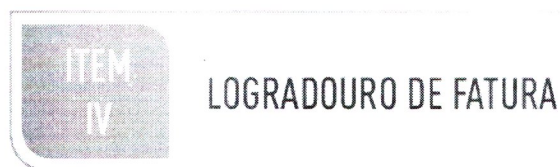
1. Razão Social: CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL
2. Nome Fantasia: CAMARA MUNICIPAL DE CAMPO MAGRO
3. CNPJ/MF: 01.645.691/0001-43

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

#### 4. Inscrição Estadual: ISENTA

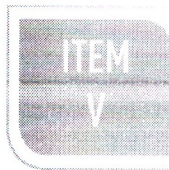


1. Rua/Av.: SILVESTRE JAREK
2. Nº: 120
3. Complemento:
4. Bairro: CENTRO
5. Cidade: CAMPO MAGRO
6. UF: PR
7. CEP: 83535-000
8. DDD: 41
9. Telefone: 3677-1253
10. Fax:
11. E-mail do RH: camaramunicipaldecampomagro@gmail.com



1. Rua/Av.: O MESMO
2. Nº:
3. Complemento:
4. Bairro:
5. Cidade:
6. UF:
7. CEP:
8. E-mail para envio das faturas:

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



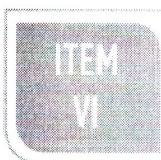
## QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE ASSINAM PELA CONTRATANTE

### Qualificação 1:

1. Nome: AGOSTINHO CONSTANTINO
2. Documento de Identificação: 3.351.958-3
3. Órgão Emissor: SSP
4. UF: PR
5. CPF/MF: 462.293.539-20
6. Nacionalidade: BRASILEIRO
7. Estado Civil: CASADO
8. Profissão: VEREADOR
9. Cargo na Empresa: PRESIDENTE

### Qualificação 2:

1. Nome:
2. Documento de Identificação:
3. Órgão Emissor:
4. UF:
5. CPF/MF:
6. Nacionalidade:
7. Estado Civil:
8. Profissão:
9. Cargo na Empresa:



## REPRESENTANTE DE VENDAS

1. Razão Social: KRD CORRETORA DE SEGUROS LTDA
2. CNPJ/MF: 04.566.229/0001-49

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

**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 checked="" type="checkbox"/>	20% (vinte por cento)
<input type="checkbox"/>	50% (cinquenta por cento)	<input type="checkbox"/>	30% (trinta por cento)
		<input 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 checked="" 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 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.**

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



## 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 type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Ambulatorial Hospitalar Apartamento com Obstetrícia



## CONDIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DO PLANO

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

Contrato Coletivo por Adesão	
<input 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 aceitas 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).
------------------------------	---	---

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

Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	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\$): 20%.
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	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:

<input type="checkbox"/>	24 (vinte e quatro) anos incompletos.
<input checked="" type="checkbox"/>	30 (trinta) anos incompletos.

ITEM  
XIV

### CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

- a) 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.
- b) Os valores cobrados, definidos no Anexo I, serão reajustados de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato de mesmo número.

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



c) O percentual de variação das mensalidades por faixa etária está disposto no Anexo I.

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

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

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

f) Participação Financeira da Pessoa Jurídica Contratante:

( X ) 1 - Plano coletivo financiado total ou parcialmente pela pessoa jurídica contratante.

(     ) 2 - Plano coletivo não financiado pela pessoa jurídica contratante.

\* Caso haja alteração na participação financeira da Pessoa Jurídica contratante, esta deverá comunicar a Contratada.

## ITEM XV VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato começa a vigorar a partir de            de            de 20     , 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

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



cadastrais processadas até o dia 25 de cada mês via internet, junto ao Portal da Unimed Curitiba, endereço eletrônico [www.unimedcuritiba.com.br](http://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.

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

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



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	704.337/99-8	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	704.358/99-9	704.356/99-2
Plano Flex copart. -1 (ambulatorial)	***	457.673/08-0	457.680/08-2	457.678/08-9	457.678/08-1
Plano Flex copart. -2 (somente em consultas)	***	457.677/08-2	457.674/08-8	457.676/08-4	457.575/08-8

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



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	429.509/00-9	429.512/00-9	429.511/00-1
Plano Amigo copart. 25%	704.341/99-4	704.381/99-3	704.379/99-1	704.385/99-8	704.383/99-0
Plano Amigo copart. 50%	704.342/99-2	704.382/99-1	704.380/99-5	704.386/99-4	704.384/99-8
Plano Flex copart. -1 (ambulatório)	***	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




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

Curitiba, 05 de NOVEMBRO de 2015.

**CONTRATANTE**

**Qualificação 1 (Assinatura)**

**Nome: AGOSTINHO CONSTANTINO**

**Cargo: PRESIDENTE**

**Qualificação 2 (Assinatura)**

\_\_\_\_\_  
**Nome:**

**Cargo:**

**TESTEMUNHA**

**Nome: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK**


**CPF: 027.977.249-17**

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




**UNIMED CURITIBA**

  
**Dr. Alexandre Gustavo Bley**  
Diretor Presidente

 26/5  
**Dr. Agenor Ferreira da Silva Filho**  
Diretor Tesoureiro Geral

**TESTEMUNHA**

  
**Dr. Wanderley Silva**  
Diretor Secretário Geral

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

ANEXO I

Nº 108103

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.

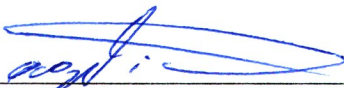
FAIXA ETÁRIA	AMB. HOSP. ENF. COM OBST.
0 a 18 anos	106,01
19 a 23 anos	121,78
24 a 28 anos	127,87
29 a 33 anos	166,07
34 a 38 anos	174,37
39 a 43 anos	200,19
44 a 48 anos	279,15
49 a 53 anos	353,93
54 a 58 anos	389,33
59 anos ou +	635,02

2. PERCENTUAL DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA ETÁRIA	% DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos	
19 a 23 anos	14,88
24 a 28 anos	5,00
29 a 33 anos	29,87
34 a 38 anos	5,00
39 a 43 anos	14,81
44 a 48 anos	39,44
49 a 53 anos	26,79
54 a 58 anos	10,00
59 anos ou +	63,11

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 XV do Contrato.

CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL



Nome: AGOSTINHO CONSTANTINO  
Cargo: PRESIDENTE

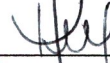
Nome:  
Cargo:

TESTEMUNHA



Nome: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK  
CPF: 027.977.249-17

REPRESENTANTE DE VENDAS



Carimbo e Assinatura

KRD CORRETORA DE SEGUROS LTDA  
CNPJ: 04.566.229/0001-49

**ANEXO II**

**Nº 108103**

1. TABELA DE MENSALIDADES PLANO FLEX COM COPARTICIPAÇÃO DE 20% EM TODOS OS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - COPART. - 1, ESPECÍFICA PARA DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA E APOSENTADOS.

FAIXA ETÁRIA	AMB. HOSP. ENF. COM OBST.
0 a 18 anos	116,03
19 a 23 anos	133,29
24 a 28 anos	139,96
29 a 33 anos	181,77
34 a 38 anos	190,85
39 a 43 anos	219,11
44 a 48 anos	305,55
49 a 53 anos	387,40
54 a 58 anos	426,14
59 anos ou +	695,06

2. PERCENTUAL DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

FAIXA ETÁRIA	% DE VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA
0 a 18 anos	
19 a 23 anos	14,88
24 a 28 anos	5,00
29 a 33 anos	29,87
34 a 38 anos	5,00
39 a 43 anos	14,81
44 a 48 anos	39,45
49 a 53 anos	26,79
54 a 58 anos	10,00
59 anos ou +	63,11

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 V do respectivo Termo Aditivo para ex-empregados demitidos sem justa causa ou exonerados e aposentados.

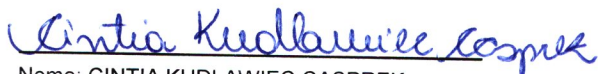
**CAMPO MAGRO CAMARA MUNICIPAL**



Nome: AGOSTINHO CONSTANTINO  
Cargo: PRESIDENTE

Nome:  
Cargo:

**TESTEMUNHA**



Nome: CINTIA KUDLAWIEC CASPREK  
CPF: 027.977.249-17

**REPRESENTANTE DE VENDAS**



Carimbo e Assinatura