

**MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO  
 TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE**  
 (Demitidos sem justa causa e aposentados - RN 279/11)

**PLANO DE INATIVOS CONTRATO Nº 0217. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.**

<b>Contratada:</b>	Unimed Poços de Caldas – CNPJ: 41.781.949/0001-53
<b>Contratante:</b>	
<b>Condição do ex-funcionário:</b>	<input type="checkbox"/> Demitido sem justa causa <input type="checkbox"/> Aposentado com menos de 10 anos de contribuição no plano <input type="checkbox"/> Aposentado com mais de 10 anos de contribuição no plano
<b>Tempo de Contribuição:</b>	<input type="checkbox"/> De: ____ / ____ / _____, até ____ / ____ / 20____; ou <input type="checkbox"/> ____ meses.
<b>Tempo de Manutenção:</b>	<input type="checkbox"/> De: ____ / ____ / 20____, até ____ / ____ / 20____; ou <input type="checkbox"/> ____ enquanto o contrato de ativos estiver vigente.
<b>Dados do novo plano:</b>	Nome:
	Nº de Registro na ANS:

Eu, ....., na condição de ex-empregado da contratante, solicito minha inclusão como Beneficiário Titular e de meu(s) dependente(s) abaixo relacionado(s), ao presente contrato e DECLARO que:

**I – Estou ciente que, meu direito de manutenção no plano termina na data acima especificada e que serei excluído automaticamente do contrato, juntamente com meus dependentes, se inscritos;**

II – Fui informado que tenho direito de requerer a Portabilidade Especial do primeiro dia do mês de aniversário da adesão a este contrato até o último dia do terceiro mês subsequente, durante o período de manutenção e em até 60 (sessenta) dias antes do término deste direito e que estas informações virão no meu boleto de pagamento;

III – Comprometo-me a assumir o pagamento integral das mensalidades e coparticipação sob minha responsabilidade bem como de todas as despesas relacionadas a este plano, sob pena do cancelamento por inadimplência por atraso no pagamento por 60 (sessenta) dias ou mais, consecutivos ou não, no ano contratual, desde que tenha sido notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de atraso;



IV – Estou ciente e de acordo com as cláusulas e condições do contrato firmado e assumo integral responsabilidade pelas declarações abaixo, sabendo que caracteriza crime de falsidade ideológica a inexactidão de qualquer informação;

V – Reconheço expressamente a contratante como única parte legítima para negociar qualquer alteração ou modificação no contrato principal e seus aditivos e no presente plano;

VI – Tenho conhecimento do valor da mensalidade, conforme tabela de preço por faixa etária entregue pela Unimed Poços de Caldas;

VII – Estou ciente que o reajuste do meu plano será sempre no mês de JULHO de cada ano, data de aniversário do “Pool de Inativos”, independente da data de adesão ao plano, quando os valores serão reajustados de forma unificada, de acordo com o estabelecido no instrumento principal celebrado com sua ex-empregadora.

### DADOS DO EX-EMPREGADO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome:		Data Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F	
Estado Civil:		CPF Nº:	Cartão Nacional de Saúde – CNS Nº:	Declaração de Nascidos Vivos – DN Nº:	
Tipo do Documento de Identidade:		Nº do Documento de Identidade:	Data da Expedição:	Órgão Expedidor:	
Atividade Principal:		Código Brasileiro de Ocupação – CBO:			
Filiação:	Nome da Mãe:				
	Nome do Pai:				

### ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA E DOMICÍLIO

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.)			Número:	Complemento:	
Bairro:		Município:		CEP:	UF
Fone Residencial:	Fone Comercial:	Celular:	E-mail:		

### DEPENDENTE (1)

Nome:		Data Nascimento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F	
Estado Civil:		CPF Nº:	Cartão Nacional de Saúde – CNS Nº:	Declaração de Nascidos Vivos – DN Nº:	
Tipo do Documento de Identidade:		Nº do Documento de Identidade:	Data da Expedição:	Órgão Expedidor:	
Atividade Principal:		Código Brasileiro de Ocupação – CBO:	Grau de Parentesco em relação ao Titular:		
Filiação:	Nome da Mãe:				
	Nome do Pai:				



## CARÊNCIAS E PREEEXISTÊNCIA

Serão aproveitadas as carências e CPT já cumpridas no plano anterior

## COPARTICIPAÇÃO

Será cobrada do beneficiário a coparticipação nos eventos relacionada abaixo:	
Consulta Médica	_____ % - teto de R\$ _____ (por consulta)
Exames	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento)
Consulta/Sessões de Fisioterapia, Psicologia, Nutricionismo, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional	_____ % - teto de R\$ _____ (por sessão/consulta)
Procedimentos Ambulatoriais	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento)
Atendimentos de Urgência ou Emergência em Pronto Atendimento ou Pronto Socorro	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento/evento)
Fornecimento de medicamento antineoplásico oral – uso domiciliar (DUT)	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento)
Fornecimento de medicamento adjuvante e para controle de efeitos adversos – uso domiciliar (DUT)	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento)
Fornecimento de equipamento coletor e adjuvante para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina (PROUT)	_____ % - teto de R\$ _____ (por procedimento)
Internação clínica e cirúrgica	R\$ _____ (por evento)
Internação por Transtornos Psiquiátricos	45 % do valor da conta após o 31º dia

## CONDIÇÕES PARA ADESÃO, MANUTENÇÃO E PERMANÊNCIA NO PLANO

I – Terá direito a aderir a este plano o ex-funcionário da contratante que se aposentar ou for demitido sem justa causa e que tiver contribuído no pagamento da mensalidade do seu plano;

II – A coparticipação em procedimentos ou o pagamento de mensalidade para dependentes ou agregados não são consideradas como contribuição para o direito de manutenção;

III – Para manutenção do plano, passa a ser de responsabilidade do Beneficiário Titular, o pagamento da Mensalidade, somada com a coparticipação e a quaisquer outras despesas vinculadas ao referido plano;

IV – Para efeitos de cobrança a Unimed Poços de Caldas emitirá e remeterá boleto bancário para o endereço do Beneficiário Titular;

a) Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

V – O atraso no pagamento da Mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que notificado no 50º (quinquagésimo) dia, resulta na imediata exclusão do Beneficiário Titular e de seus dependentes do plano;

a) O cancelamento do plano não isentará do pagamento das mensalidades pendentes sem prejuízo de comunicação ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC);

b) Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito atualizado;

c) Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade do plano em até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIMED POÇOS DE CALDAS ou imprimir a 2ª via do boleto através do site <https://www.unimed.coop.br/site/web/pocosdecaldas>, para que não se sujeite às consequências de mora.

VI – O Beneficiário Titular e seus dependentes terão direito a permanecer no plano até:

a) que o titular ingresse em novo emprego com acesso a plano de saúde;

b) que os dependentes percam a condição de dependência;

c) o fim do prazo estabelecido para a permanência, quando será processada a exclusão do plano.

VII – A inclusão de novos dependentes no plano de inativos se restringe tão somente ao novo cônjuge e filhos do titular;

VIII – À Unimed Poços de Caldas se reserva o direito de solicitar, a seu critério, comprovação da condição de desempregado e de dependente;

IX – Tempo de permanência no plano:

a) O aposentado, que contribuiu para o plano por 10 (dez) anos ou mais, terá direito a permanecer no mesmo durante todo o tempo em que o contrato principal estiver vigente;

b) O aposentado, que contribuiu para o plano por tempo menor que 10 (dez) anos, terá direito a permanecer no mesmo à razão de 1 (um) ano de plano para cada ano de contribuição;

c) O demitido sem justa causa, que contribuiu para o plano, terá direito a permanecer no mesmo durante o tempo correspondente a 1/3 do período de contribuição, com o mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

X – Os beneficiários excluídos pelo fim do direito de permanência, pela perda da condição de dependente ou por cancelamento do contrato principal poderão celebrar novo contrato de plano Individual/Familiar, com preço da tabela vigente à época, com aproveitamento dos prazos de carência e CPT já cumpridos, em até 30 (trinta) dias da exclusão;

a) Após o prazo de 30 (trinta) dias, os beneficiários cumprirão carência e estarão sujeitos à CPT.

XI – Caso não tenha interesse em continuar com o plano devo comunicar formalmente a Unimed Poços de Caldas com 30 (trinta) dias de antecedência, devolvendo o cartão de identificação;

XII – Em caso de utilização indevida, por qualquer participante do plano, ou não, estarei sujeito às sanções previstas na Legislação, bem como o ressarcimento de todas as despesas pagas indevidamente pela Unimed Poços de Caldas.

## LOCAL, DATA E ASSINATURA

Declaro para os devidos fins e efeitos estar ciente e de acordo com as informações acima descritas sobre o plano de saúde, às quais me obrigo e responsabilizo, por mim e por meus dependentes inscritos no plano de saúde.

Poços de Caldas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Unimed Poços de Caldas: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_ - 2) \_\_\_\_\_

Nome:  
CPF:

Nome:  
CPF: