

**PROPOSTA DE ADEÇÃO
PLANO DE SAÚDE
COLETIVO POR ADEÇÃO**

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:



OPERADORA:



INÍCIO DE VIGÊNCIA: ____ / ____ / ____

OPERADORA: UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOP. MÉDICAS ESTIPULANTE: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.
() INCLUSÃO TITULAR () INCLUSÃO DEPENDENTE SUBESTIPULANTE: APP - SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO PÚBLICA DO PARANÁ

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO ESCOLHIDO: () ENFERMARIA () APARTAMENTO - PADRÃO DE ABRANGÊNCIA ESCOLHIDO: () ESTADUAL - PARANÁ () NACIONAL

NOME COMPLETO TITULAR _____ CPF _____

() NAC. COM OBSTETRÍCIA () NAC. SEM OBSTETRÍCIA () ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA ESTADO CIVIL 1 - Solteiro 4 - Divorciado 2 - Casado 5 - Outros 3 - Viúvo SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____ C.N.S. _____

NOME DA MÃE _____ MENSALIDADE _____

ENDEREÇO _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CEP _____

CIDADE _____ UF _____ FONE FIXO _____ FONE CELULAR _____ E-MAIL _____

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (1) _____ CPF _____

() NAC. COM OBSTETRÍCIA () NAC. SEM OBSTETRÍCIA () ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA PARENTESCO () CÔNJUGE () COMPANHEIRO(A) () FILHO(A) () NETO(A) () ENTEADO(A) SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____ C.N.S. _____

NOME DA MÃE _____ MENSALIDADE _____

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (2) _____ CPF _____

() NAC. COM OBSTETRÍCIA () NAC. SEM OBSTETRÍCIA () ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA PARENTESCO () CÔNJUGE () COMPANHEIRO(A) () FILHO(A) () NETO(A) () ENTEADO(A) SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____ C.N.S. _____

NOME DA MÃE _____ MENSALIDADE _____

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (3) _____ CPF _____

() NAC. COM OBSTETRÍCIA () NAC. SEM OBSTETRÍCIA () ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA PARENTESCO () CÔNJUGE () COMPANHEIRO(A) () FILHO(A) () NETO(A) () ENTEADO(A) SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____ C.N.S. _____

NOME DA MÃE _____ MENSALIDADE _____

NOME COMPLETO DO DEPENDENTE (4) _____ CPF _____

() NAC. COM OBSTETRÍCIA () NAC. SEM OBSTETRÍCIA () ESTADUAL COM OBSTETRÍCIA PARENTESCO () CÔNJUGE () COMPANHEIRO(A) () FILHO(A) () NETO(A) () ENTEADO(A) SEXO M F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____ C.N.S. _____

NOME DA MÃE _____ MENSALIDADE _____

CARACTERÍSTICAS DO PLANO

INCLUSÃO DE FILHOS, ENTEADOS E NETOS SOLTEIROS NO PLANO ATÉ 34 ANOS, E PERMANÊNCIA ATÉ 44 ANOS

VIGÊNCIA DO CONTRATO _____ ANUAL (1º DE AGOSTO)

NOME COMERCIAL DO PLANO NA ANS	REGISTRO NA ANS	ABRANGÊNCIA	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	OBSTETRÍCIA
COLETIVO ADEÇÃO BÁSICO MATER - ADMINISTRADO	466.170/12-2	NACIONAL	QUARTO COLETIVO	SIM (25%)	SIM
COLETIVO ADEÇÃO BÁSICO - ADMINISTRADO	466.172/12-9	NACIONAL	QUARTO COLETIVO	SIM (25%)	NÃO
COLETIVO ADEÇÃO COP ESPECIAL MATER - ADMINISTRADO	466.173/12-7	NACIONAL	QUARTO PRIVATIVO	SIM (25%)	SIM
COLETIVO ADEÇÃO COP ESPECIAL - ADMINISTRADO	466.171/12-1	NACIONAL	QUARTO PRIVATIVO	SIM (25%)	NÃO
PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO ENFERMARIA COPART	476.342/16-4	ESTADUAL - PARANÁ	QUARTO COLETIVO	SIM (40%)	SIM
PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO APARTAMENTO COPART	476.343/16-2	ESTADUAL - PARANÁ	QUARTO PRIVATIVO	SIM (40%)	SIM

COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS _____ 25% (vinte e cinco por cento)

Os planos Coletivo Adesão Básico Mater – Administrado, Coletivo Adesão Básico – Administrado, Coletivo Adesão Cop Especial Mater – Administrado e Coletivo Adesão Cop Especial - Administrado prevêem uma coparticipação de 25% apenas nos procedimentos ambulatoriais, ou seja: nas consultas, exames e terapias, com um limite máximo de participação de R\$ 147,61 (cento e quarenta e sete reais e sessenta e um centavos) por unidade de procedimento. Caso o beneficiário venha necessitar de algum internamento, para tratamento clínico ou cirúrgico coberto pelo plano, não haverá coparticipação, exceto no internamento psiquiátrico. A coparticipação de 25% é calculada sobre os preços da tabela UNIMED, que tem como base a tabela da Associação Médica Brasileira – (CBHPM) e será cobrada juntamente com a fatura da próxima mensalidade.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS _____ 40% (quarenta por cento)

Os planos Plano Estadual Unimed Adesão Enfermaria Copart e Plano Estadual Unimed Adesão Apartamento Copart preveem uma coparticipação de 40% apenas nos procedimentos ambulatoriais, ou seja: nas consultas, exames e terapias, com um limite máximo de participação de R\$128,82 (cento e vinte e oito reais e oitenta e dois centavos) por unidade de procedimento. Caso o beneficiário venha necessitar de algum internamento, para tratamento clínico ou cirúrgico coberto pelo plano, não haverá coparticipação, exceto no internamento psiquiátrico. A coparticipação de 40% é calculada sobre os preços da tabela UNIMED, que tem como base a tabela da Associação Médica Brasileira – (CBHPM) e será cobrada juntamente com a fatura da próxima mensalidade.

EXCLUSIVAMENTE OS PLANOS PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO ENFERMARIA COPART E PLANO ESTADUAL UNIMED ADEÇÃO APARTAMENTO COPART POSSUEM AS COBERTURAS ADICIONAIS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO E UNIMED FONE CONFORME CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DESCRITAS NOS ANEXOS E CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS.

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO. PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA. A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C. O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA

PROPOSTA UNIMED PR APP V18072020

**PROPOSTA DE ADEÇÃO
PLANO DE SAÚDE
COLETIVO POR ADEÇÃO**

ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:



OPERADORA:



RESUMO DAS CARÊNCIAS (DESCRIÇÃO COMPLETA DAS CARÊNCIAS NA CLAUSULA 10 DO CONTRATO)

CONSULTAS - 30 DIAS | EXAMES - DE 30 A 180 DIAS | INTERNAMENTO / DEMAIS PROCEDIMENTOS - 180 DIAS | TERAPIAS - 90 DIAS | PARTO A TERMO - 300 DIAS

ESTE PRODUTO POSSUI APLICAÇÃO DE CARÊNCIAS E DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA CONFORME NORMATIVA DA ANS.

REAJUSTE/VARIAÇÃO DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

SINISTRALIDADE E FINANCEIRO SIM, COM BASE NA AVALIAÇÃO ANUAL (1º DE AGOSTO) DO CONTRATO PRINCIPAL
FAIXA ETÁRIA SIM

TABELA DE VALORES

PLANO NACIONAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 25%

Faixa Etária	VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1	466.172/12-9	466.171/12-1
00-18	234,10	298,16	222,39	283,23	210,68	268,35	187,23	238,52
19-23	258,02	336,07	245,08	319,25	232,20	302,46	206,42	268,84
24-28	304,64	409,36	289,41	388,91	274,18	368,45	243,73	327,49
29-33	327,11	444,08	310,75	421,88	294,38	399,66	261,68	355,29
34-38	349,13	478,12	331,65	454,21	314,19	430,27	279,31	382,46
39-43	392,46	544,55	372,85	517,35	353,24	490,10	313,96	435,68
44-48	421,95	576,68	400,86	547,86	379,75	519,02	337,58	461,37
49-53	484,63	694,36	460,40	659,62	436,18	624,94	387,69	555,50
54-58	632,48	942,52	600,88	895,38	569,24	848,25	506,00	754,03
>59	738,87	1.115,26	701,94	1.059,50	664,98	1.003,73	591,10	892,21

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2021 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

PLANO NACIONAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 25%

Faixa Etária	VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7	466.170/12-2	466.173/12-7
00-18	289,20	380,83	274,75	361,77	260,28	342,74	231,37	304,65
19-23	313,73	419,84	298,04	398,84	282,37	377,87	250,98	335,89
24-28	361,90	496,17	343,80	471,38	325,71	446,54	289,53	396,93
29-33	385,23	532,82	365,98	506,19	346,72	479,53	308,20	426,25
34-38	408,26	568,88	387,87	540,43	367,45	511,97	326,61	455,10
39-43	453,77	639,67	431,08	607,69	408,37	575,72	363,02	511,73
44-48	476,05	674,08	452,24	640,36	428,45	606,64	380,83	539,25
49-53	546,28	790,49	518,97	750,95	491,67	711,44	437,03	632,40
54-58	691,19	1.032,67	656,65	981,02	622,07	929,40	552,96	826,13
>59	783,46	1.193,11	744,31	1.133,42	705,12	1.073,81	626,77	954,48

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2021 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

PLANO ESTADUAL (AMBULATORIAL/HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA) COM COPARTICIPAÇÃO 40%

Faixa Etária	VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (1 BENEFICIÁRIO)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (2 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (3 BENEFICIÁRIOS)		VALOR INDIVIDUAL POR PESSOA INCLUÍDA (4 OU MAIS BENEFICIÁRIOS)	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO	ENFERMARIA	APARTAMENTO
	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2	476.342/16-4	476.343/16-2
00-18	171,30	218,01	154,64	196,67	137,99	175,35	121,32	154,03
19-23	199,62	254,26	180,13	229,31	160,65	204,36	141,16	179,40
24-28	238,60	304,17	215,20	274,23	191,82	244,28	168,43	214,34
29-33	261,97	334,12	236,25	301,18	210,52	268,23	184,80	235,31
34-38	282,56	360,46	254,79	324,90	227,00	289,31	199,22	253,74
39-43	324,23	413,83	292,28	372,92	260,33	332,01	228,37	291,10
44-48	416,90	532,47	375,68	479,70	334,45	426,91	293,25	374,14
49-53	524,05	669,67	472,12	603,18	420,19	536,69	368,25	470,18
54-58	726,57	929,00	654,40	836,59	582,21	744,15	510,02	651,72
>59	1.000,88	1.280,22	901,27	1.152,68	801,65	1.025,12	702,04	897,58

OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/08/2021 INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL

FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário - FORMA DE DISPONIBILIZAÇÃO DO BOLETO: E-mail Site - www.extramed.com.br | A EXTRAMED NÃO ENVIA BOLETO FÍSICO

Débito Bancário (Aceito somente conta corrente em nome do titular)
Autorizo que a mensalidade do meu plano de saúde seja debitada mensalmente na minha conta corrente abaixo descrita

Nº do Banco Agência Conta Corrente - Banco

Assinatura do titular _____

- Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).
 Autorizo receber da Extramed Administradora de Benefícios informações sobre o meu benefício contratado, disponibilizado através de mailing eletrônico e/ou telefônico, bem como mensagens exclusivas de produtos e/ou benefícios (e-mail, SMS, WhatsApp, outros).

CORRETOR:

CONSULTOR:

Local e data: _____ Assinatura do proponente/responsável: _____

**IMPORTANTE: A EXTRAMED NÃO COBRA TAXA DE ADEÇÃO.
PORTANTO É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER VALOR NA ASSINATURA DA PROPOSTA.
A COBRANÇA DA PRIMEIRA PARCELA SERÁ EFETUADA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO OU DÉBITO EM C/C.
O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL DEVERÁ SER ASSINADO E ENCAMINHADO A EXTRAMED JUNTAMENTE COM ESTA PROPOSTA**