

**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 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**