

**Contratante**

Razão Social: SIMEPAR  
CNPJ/MF: 769048200001-70  
E-mail Titular: vanyoscussiatto@hotmail.com

**Dados dos Beneficiários**

<b>Tit</b>	Nome Completo	VANESSA OCHOA SCUSSIATTO
	CPF	081.202.649-75
	CNS	701009841515795
	Nº Registro do Plano de Destino	704.381/99-3
<b>Dep 1</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	
<b>Dep 2</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	
<b>Dep 3</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	
<b>Dep 4</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	
<b>Dep 5</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	
<b>Dep 6</b>	Nome Completo	
	CPF	
	CNS	
	Nº Registro do Plano de Destino	

Declaro estar ciente de que:

1) A assinatura da presente proposta de admissão representa pedido formal de portabilidade de carências, conforme estipula a Resolução Normativa nº 438/2018 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cuja efetivação depende da avaliação e aprovação da Unimed Curitiba quanto aos requisitos legais definidos naquela normativa no prazo máximo de 10 (dez) dias, conforme o disposto no artigo 17, parágrafo único da mesma regra.  
2) Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 não tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa. Caso os requisitos da Resolução Normativa nº 438/2018 tenham sido integralmente preenchidos, a Unimed Curitiba informará o aceite da proposta de admissão.

3) O início da vigência e direito às coberturas dar-se-á no dia em que eu for incluído no plano de saúde coletivo, de acordo com o cronograma de movimentação cadastral estipulado contratualmente entre a empresa contratante e a Unimed Curitiba.  
A partir desta data, estou ciente de que é obrigação do beneficiário solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias. Caso deixe de solicitar o cancelamento, estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências e CPT cabíveis no plano da Unimed Curitiba

Tenho plena ciência de que, na hipótese do(s) beneficiário(s) estar(em) sob internação hospitalar, a portabilidade de carências poderá ser exercida somente após a comprovação de sua alta, exceto nos casos de extinção da operadora de origem, morte do titular do contrato ou perda da condição de dependência, conforme a previsão dos artigos 8º, 12 e 13 da Resolução Normativa nº. 438/2018 da ANS, sob pena da sua invalidação por fraude e aplicação imediata dos prazos de carência previstos no Art. 12, inciso V, da Lei 9.656/98, além de ficar sob a minha responsabilidade o pagamento de todos os custos decorrentes

das coberturas assistenciais até então utilizadas. Estou ciente, também, que uma vez invalidada a portabilidade, o(s) beneficiário(s) aderente(s) se submeterá(ão) ao fluxo normal de contratação do plano de saúde, inclusive com relação ao dever de preenchimento da Declaração de Saúde a ser fornecida pela Unimed Curitiba.

Declaro, por fim, que preenchi esta proposta com atenção e que todas as informações prestadas em meu nome e de meus dependentes são verdadeiras e completas.

\_\_\_\_\_  
Data Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura Titular

**ANS - nº 30470-1**

# CRM-PR

Conselho Regional de Medicina do Paraná

## CARTEIRA PROFISSIONAL DE MÉDICO

Inscrição: 0047390 em 20/09/2021

Nome:

VANESSA OCHOA SCUSSIATTO

Filiação:

CÉLIO ANTÔNIO SCUSSIATTO e SUZI APARECIDA DE  
AQUINO OCHOA SCUSSIATTO

Nacionalidade:

BRASIL

Nascimento:

17/12/1996

Naturalidade:

Cascavel-PR

Diplomado pela:

Formado em:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA 17/09/2021  
DO PARANÁ - CAMPUS LONDRINA

Identidade:

124801125

Órgão Expedidor:

SESP-PR

CPF:

081.202.649-75


Assinatura do Portador

*Vanessa Ochoa Scussiatto*



POLEGAR DIREITO



	<b>UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE</b> R BARAO DO CERRO AZUL,594 ESQ. MARANHÃO Bairro: CIRO NARDI Telefone: (45)3220-7000 CEP: 85802-050 - CASCAVEL - PR <a href="http://www.unimed.coop.br/unimedcascavel">www.unimed.coop.br/unimedcascavel</a>	<b>Nota Fiscal Fatura de Serviços</b> Inscrição Municipal: 3881100 CNPJ: 81.170.003/0001-75 Inscr. Estadual: Isento Data de emissão: 14/02/2025 Competência: 03/2025	<b>Nº Nota Fiscal</b> <b>Fatura de Serviços</b> <b>3927730</b> Série 13 <b>ANS nº 37007-0</b>
---	--	---	---

Descrição	Valor (R\$)
MENSALIDADE COPARTICIPACAO	467,50 46,37
Beneficiário Dt. Nasc. Dt. Incl. Plano/Produto Comp. Valor (R\$) VANESSA OCHOA SCUSSI ATTO 17/12/96 01/11/10 447592035 - Mensalidade 03/2025 467,50	
<b>VALOR TOTAL (R\$):</b>	<b>513,87</b>
Pagador: <b>VANESSA OCHOA SCUSSIATTO</b> CPF: <b>081.202.649-75</b> Endereço: R OSVALDO CRUZ, 3927 - CANCELLI Nosso Nº: <b>04/00009033399-7</b> Cidade: CASCAVEL - PR - 85811110 Contrato: <b>06196713000</b> Plano: FAMILIAR/INDIVIDUAL MASTER COM CO-PARTICIPACAO EM ENF. OBST. Próx. Reajuste: <b>11/2025</b>	

Vencimento	Número do documento	Agência/Código do beneficiário	Valor cobrado	Autenticação mecânica / Recibo do Pagador
10/03/2025	NF 3927730 13	3536-0/0001921-6	513,87	

 <b>237</b>   <b>23793.53606 40000.903332 99000.192106 1 10010000051387</b>				
Local de pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO</b>				
Vencimento <b>10/03/2025</b>				
Beneficiário <b>UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO</b> CNPJ: 81.170.003/0001-75 <b>R BARAO DO CERRO AZUL,594 ESQ. MARANHÃO - CIRO NARDI - 85802-050, CASCAVEL - PR</b>				
Agência/Código do beneficiário <b>3536-0/0001921-6</b>				
Data de emissão <b>14/02/2025</b>	Número do documento <b>NF 3927730 13</b>	Espécie Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>Não</b>	Data do processamento <b>10/02/2025</b>
Nosso número <b>04/00009033399-7</b>				
Uso do banco	CIP <b>263</b>	Carteira <b>004</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade <b>513,87</b>
Valor <b>513,87</b>				
(=) valor do documento <b>513,87</b>				
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)				
Plano: FAMILIAR/INDIVIDUAL MASTER COM CO-PARTICIPACAO EM ENF. OBST. Registro ANS: 447592035				
Juros de 0,0333% ao dia e Multa de 2% apos o Venc				
(-) Desconto/Abatimento				
(-) Outras deduções				
(+) Mora / Multa				
(+) Outros acréscimos				
(-) Valor cobrado				
<b>Multa: R\$ 10,28 - Juros ao dia: R\$ 0,17</b>				
<b>ANS nº 37007-0</b>				

Pagador: <b>VANESSA OCHOA SCUSSIATTO</b> R OSVALDO CRUZ, 3927 - CANCELLI CASCAVEL - PR - 85811110 Sacado / Avalista:	CPF: <b>081.202.649-75</b> Contrato: <b>06196713000</b> 00.000.000/0000-00
---	--

	Autenticação mecânica / Ficha de compensação
Clicksign 51265d72-3f9e-4938-a697-54c1299f5d20	

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS

PROTOCOLO

Número de protocolo: 20250401.2.088127

Data da emissão: 01/04/2025 08:27

Motivo para portabilidade: Troca de plano por escolha do beneficiário

BENEFICIÁRIO

Nome completo: VANESSA OCHOA SCUSSIATTO

Data de nascimento: 17/12/1996

CPF: 081.202.649-75

Email: vanyoscussiatto@hotmail.com

Tel. Celular: -

DADOS DO PLANO DE ORIGEM:

Nome da operadora: UNIMED DE CASCAVEL

Registro ANS: 370070

Nome do plano: Familiar/Individual Master com Co-Participação em Enf. Obst.

Registro do plano: 447592035

Tipo de contratação: Individual/Familiar

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Acomodação: Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: Emergência fora da abrangência geográfica contratada

Abrangência geográfica: Nacional

Valor pago pelo plano atual: R\$ 467,50

DADOS DO PLANO DESTINO

Nome da operadora: UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE

Registro ANS: 304701

Nome do plano: PLANO AMIGO AMB HOSP ENF OBST ADESÃO CO-PART I

Registro do plano: 704381993

Local de contratação: Curitiba/PR

Tipo de contratação: Coletivo por Adesão

Cobertura: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

Acomodação: Enfermaria

Coparticipação e/ou Franquia: Coparticipação

Cobertura adicional: -

Abrangência geográfica: Nacional

Área geográfica de atuação:

Nacional

Faixa etária: Entre 24 e 28 anos

Preço informado: R\$309,51

Preço máximo da faixa etária: R\$402,36

\*Preço informado pela Operadora que pode variar em até 30% para mais ou para menos.  
\*\*Preço máximo que a operadora pode cobrar pelo plano de saúde no local de contratação.  
\*\*\*Os preços acima não se aplicam para adesão a contratos coletivos já firmados.

ATENÇÃO: A ANS NÃO PARTICIPA DIRETAMENTE DA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE. PARA EFETIVAR A CONTRATAÇÃO, SEM CUMPRIMENTO DE NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA, PROCURE A OPERADORA DE DESTINO DIRETAMENTE.

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.



**RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE  
CARÊNCIAS****Instruções para a Portabilidade de Carências:**

Para realizar a Portabilidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil;
- II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”**.
- O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;
- III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;
- IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo**;
- V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente**.
- VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”**;
- VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem**.

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso;

**Prazo do(a) beneficiário(a):**

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

**O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.**

**Prazo da Operadora:**

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

**Central de Atendimento:**

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

*As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.*



## UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

RUA BARÃO DO CERRO AZUL, 594 - CENTRO  
CASCAVEL / PR  
TELEFONE: (45)3220-7000  
CASCAVEL, 17/03/2025

## DECLARAÇÃO PARA PORTABILIDADE

UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO pessoa jurídica de direito privado com CNPJ: 81.170.003/0001-75 com sede na RUA BARÃO DO CERRO AZUL, 594 - CENTRO - CASCAVEL / PR, CEP: 85802-050 declara para devidos fins a pedido do interessado a fins de portabilidade, as informações abaixo:

A contratação de outro plano excedente à portabilidade de carência implica na extinção da relação contratual com esta operadora, desde que tenhamos recebido o pedido formalizado de cancelamento do plano através do beneficiário.

## Dados cadastrais

Nome	CPF	Data de nascimento	Código/Carteirinha
VANESSA OCHOA SCUSSIATTO	08120264975	17/12/1996	1580000006165572
Nome da mãe	Data de inclusão	Internado	Cartão nacional de saúde
SUZIA APARECIDA DE AQUINO OCHOA SCUSSIATTO	01/11/2010	Nº	701009841515795
Parentesco	Ingressou no plano via portabilidade		Prazo de permanência
Próprio Titular	Nº		14 (A) 4 (M) 15 (D)
Situação	Troca de plano na operadora		
Ativo	Nº		
Declarou CPT	Ingressou no plano via oferta pública ou transferência de carteira		
Nº declarou CPT	Nº		

## Dados financeiros

Nº registro produto / código na operadora	Plano	Cobertura
447592035	FAMILIAR/INDIVIDUAL MASTER COM CO-PARTICIPACAO EM	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetrícia
Abrangência Nacional	Acomodação	
	ENFERMARIA	
Data da última mensalidade	Valor da última mensalidade	
10/03/2025	R\$ 467,50	

## Especificações do contrato / plano

Nº registro produto / código na operadora	Nome comercial	Cobertura
447592035	FAMILIAR/INDIVIDUAL MASTER COM CO-PARTICIPACAO EM	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetrícia
Abrangência Nacional	Acomodação	Tipo do plano
	ENFERMARIA	Regulamentado
Contratação	O plano foi adaptado - Lei 9.656/98	Início da vigência do contrato
Individual/Familiar	Nº	01/11/2010
Contratante		
VANESSA OCHOA SCUSSIATTO		

## Situação de adimplência do plano

Vencimento	Situação
10/03/2025	NÃO EFETUADO PAGAMENTO ATÉ A PRESENTE DATA.

ANS - nº 370070

Página: 1/2

www.unimed.coop.br/unimedcascavel - RUA BARÃO DO CERRO AZUL, 594 - CENTRO - CASCAVEL / PR - (45)3220-7000

Este documento se aplica apenas para fins de informações sobre a situação do beneficiário no plano de saúde mencionado. E conforme disposto na RN 438, nº 0 tem efeito para fins de CANCELAMENTO DO PLANO.



UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

RUA BARÃO DO CERRO AZUL, 594 - CENTRO  
CASCAVEL / PR  
TELEFONE: (45)3220-7000  
CASCAVEL, 17/03/2025

## Situação de adimplância do plano

Vencimento	Situação
10/02/2025	PAGO EM: 13/02/2025
10/01/2025	PAGO EM: 13/02/2025

-----  
UNIMED DE CASCAVEL COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

-----  
CONTRATANTE

ANS - nº 370070

Página: 2/2

www.unimed.coop.br/unimedcascavel - RUA BARÃO DO CERRO AZUL, 594 - CENTRO - CASCAVEL / PR - (45)3220-7000  
Este documento se aplica apenas para fins de informações sobre a situação do beneficiário no plano de saúde mencionado. E conforme disposto na  
RN 438, nº 0 tem efeito para fins de CANCELAMENTO DO PLANO.

## Comprovante de boleto

### Dados da Conta

Titular:	Vanessa Ochoa Scussiatto
Banco:	SISPRIME DO BRASIL
Agência:	Cascavel Mato Grosso
Conta:	1006436

### Dados do Pagamento

Banco:	UNIMED
Vencimento:	10/03/2025
Data do pagamento:	17/03/2025
Identificação:	parcela un
Valor do Documento:	R\$ 513,87
Juros:	R\$ 1,19
Descontos:	R\$ 0,00
Valor total:	R\$ 525,34
Código de barras:	23793.5360640000.90 333299000.192106 1 101600000051387

### Nº autenticação:

11002511510467712281214715643713





Curitiba, 21 de março de 2025.

**Ilmo. Senhor**

**Joel Melo**

**Consultor Comercial Grupo Vital**

**Rua Desembargador Westphalen, 2151 Rebouças, Curitiba/PR CEP:  
80.220-030.**

**Assunto: Declaração de Vínculo Sindical**

Pelo presente, informamos que a médica abaixo está legalmente filiada ao Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (SIMEPAR) – CNPJ 769048200001-70, apta a associação e ingresso ao Plano de Saúde da UNIMED - SIMEPAR administrado pelo GrupoVital.

VANESSA OCHOA SCUSSIATTO CRM - 47390/PR

Atenciosamente,

**Claudia Paola Carrasco Aguilar MD**  
**Diretora Secretária Geral**  
**CRM-PR 15022**

## PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO COLETIVO UNIMED CURITIBA

**IDENTIFICAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO/SINDICATO CONTRATANTE:** SIMEPAR – SINDICATO DOS MEDICOS DO PARANA, pessoa jurídica, com sede na RUA CORONEL JOAQUIM SARMENTO, 177, BOM RETIRO, inscrito no CNPJ sob o n.º 76.904.820/0001-70 a seguir abreviadamente denominado **CONTRATANTE**.

**IDENTIFICAÇÃO DA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS:** CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 04.566.215/0001-25 e Registro na ANS sob o n.º 41.778-5, com sede na Rua Desembargador Westphalen, n.º 2.151, Bairro Rebouças, Município de Curitiba, Estado do Paraná, CEP: 80.220-030, Telefone: (041) 3512-5910 e endereço eletrônico: [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br), doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA DE VENDAS:** KRD CORRETORA DE SEGUROS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 04.566.229/0001-49, com sede na Rua Desembargador Westphalen, n.º 2.151, Bairro Rebouças, Município de Curitiba, Estado do Paraná, CEP: 80.220-030, doravante denominada **CORRETORA**.

**IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAUDE:** UNIMED CURITIBA - SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, inscrita no CNPJ sob o n.º 75.055.772/0001-20 – com sede na Avenida Afonso Pena, nº 297 – Bairro Tarumã, Município de Curitiba, Estado do Paraná, registro na ANS sob o n.º 30.470-1, doravante denominada **OPERADORA**.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, SIMEPAR – SINDICATO DOS MEDICOS DO PARANA, pessoa jurídica, com sede na RUA CORONEL JOAQUIM SARMENTO, 177, BOM RETIRO, inscrito no CNPJ sob o n.º 76.904.820/0001-70 a seguir abreviadamente denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado, o seu associado,

**Sr(a): VANESSA OCHOA SCUSSIATTO, portador(a) do CPF Nº: 08120264975, domiciliado na cidade de CASCAVEL - PR, onde reside na RUA OSVALDO CRUZ Nº 3927, Complemento: , Bairro: CANCELLI, Cep: 85811110, Telefones: , Telefone 2: 43996751616, e-mail vanyoscussiatto@hotmail.com e e-mail2: , doravante designado apenas por ASSOCIADO da SIMEPAR, têm entre si justo e contratado o quanto segue:**

**CLÁUSULA 1ª.** A ADMINISTRADORA celebrou contrato com a UNIMED CURITIBA, com sede na Avenida Afonso Pena, nº 297 – Bairro Tarumã, Município de Curitiba, Estado do Paraná, Inscrição Estadual Isento, inscrita no CNPJ sob o n.º 75.055.772/0001-20, para a intermediação de prestação de serviços de assistência médica e hospitalar para associados e seus respectivos dependente(s), da CONTRATANTE, com a qual a ADMINISTRADORA também firmou Acordo operacional para prestação de serviços de cobrança, administração e gestão do plano.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** O referido convênio prevê a cobertura, por adesão voluntária a uma das opções do plano de saúde de assistência médica e hospitalar, conforme discriminado nas características do plano ANEXO I e nos termos deste contrato, a seguir designado CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, ficando a CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA, na condição de Administradora, incumbida da intermediação entre a UNIMED CURITIBA e o ASSOCIADO, através dos instrumentos contratuais acima referidos, cujo teor o ASSOCIADO tem acesso pelo Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde/Odontológico (MPS), o qual informa os principais aspectos a serem observados para a contratação de planos de saúde e do GLC (Guia de Leitura Contratual) ANEXO II, o qual facilita a compreensão do conteúdo do Contrato de Plano de Saúde/Odontológico, esclarecendo seus tópicos relevantes – ambos disponibilizados ao ASSOCIADO por ocasião da celebração da Declaração Unificada.

**CLÁUSULA 2ª.** O ASSOCIADO, pelo presente instrumento adere ao CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, mencionado na Cláusula 1, supra, solicitando sua inclusão e do(s) dependente(s) indicado(s) na ficha de movimentação, cabendo à ADMINISTRADORA proceder à sua inclusão/alteração/exclusão, sendo que estas deverão ser solicitadas pelo ASSOCIADO, sempre por escrito.

**PARÁGRAFO 1º.** São ASSOCIADOS DEPENDENTES diretos em relação ao beneficiário Titular desde que comprovada a dependência exclusivamente:

- a) O cônjuge;
- b) O(s) filho(s) solteiro(s), enteado(s), o(s) menor(es) sob a guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s), que fica(m) equiparado(s) ao(s) filho(s); (idade limite informada nas características do plano ANEXO I);

- c) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- d) O(s) filho(s) comprovadamente inválido(s), sem limite de idade.
- e) O(s) neto(s) e o(s) sobrinho(s) solteiro(s) e consanguíneo(s) do Beneficiário Titular\*.

\*Se previsto no ANEXO I.

**PARÁGRAFO 2º** Beneficiários a serem inclusos no plano:

**TITULAR DO PLANO:**

**Nome:** VANESSA OCHOA SCUSSIATTO

**Profissão:** MÉDICA

**Valor da Mensalidade:** R\$ 243,40

**Plano:** AMB HOSP ENF OBST - Carência de 10 meses para utilização do parto

**Sexo:** F

**Estado Civil:** SOLTEIRO(A)

**Data de Nascimento:** 17/12/1996

**CPF:** 08120264975

**Nome da Mãe:** SUZI APARECIDA DE AQUINO OCHOA SCUSSIATTO

**Aero Médico:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**SOS:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Unimed Fone:** NAO - consulte as informações deste produto no anexo I

**Ciência de carência e/ou CPT:** - Estou ciente de que estou aderindo ao processo de PORTABILIDADE POR ESCOLHA e que, neste caso, não precisarei cumprir carência nem Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que meu plano atenda aos requisitos estabelecidos pela ANS. No entanto, se houver falta de informações ou documentação exigida, o processo será recusado, e será necessário iniciar um novo contrato.

**Orientação sobre portabilidade:** - Não se aplica, aderiu por portabilidade.

**Observação:**

**PARÁGRAFO 3º.** Para inclusão, no ato da assinatura desta Proposta de Adesão, o ASSOCIADO pagará a **KRD Corretora de Seguros Ltda.** o valor de **R\$ R\$ 182,00** - CENTO E OITENTA E DOIS REAIS, referente à taxa de adesão sua e de seu (s) dependente (s) constantes da Clausula 2ª supra. **A cobrança da referida taxa não representa o pagamento da primeira mensalidade.**

**PARÁGRAFO 4º.** Para inclusão de ASSOCIADO e/ou Dependente (s) deverão ser preenchidos/apresentados os seguintes documentos:

- a) Declaração de Saúde;
- b) Cópia RG e CPF dos beneficiários;
- c) Cópia Certidão de Casamento;
- d) Comprovante de vínculo do PROFISSIONAL INSCRITO;
- e) Comprovante de endereço;

**PARÁGRAFO 5º.** É obrigatório que o Beneficiário Titular do plano informe o CPF do(s) Dependente(s) independentemente da Idade, sob pena de responsabilidade por eventuais multas ou despesas que a UNIMED CURITIBA possa incorrer pela falta de tal informação ou informação incorreta.

**PARÁGRAFO 6º. NÃO HAVERÁ ACEITAÇÃO a Proposta de Adesão, caso haja alguma pendência financeira em aberto referente a outros Planos de Saúde e/ou Odontológico, administrados por qualquer uma das Empresas do Grupo Vital.**

**PARÁGRAFO 7º.** O beneficiário autoriza a SIMEPAR efetuar a cobrança do valor da sua contribuição associativa, no mesmo documento de cobrança das mensalidades e insumos do Plano de Saúde objeto desta Proposta de Adesão enquanto o plano permanecer ativo, desde que o valor da contribuição associativa venha discriminado no documento de cobrança. Caso o beneficiário venha cancelar o plano de saúde, ficará sob sua responsabilidade solicitar o cancelamento de sua filiação perante a SIMEPAR caso não queira permanecer associado.

**CLÁUSULA 3ª.** Deverá o ASSOCIADO cumprir rigorosamente as obrigações a ele imputadas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, mormente no que diz respeito à utilização dos serviços de assistência médica disponíveis, na forma e segundo os critérios e condições estabelecidos no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, verificando previamente se o serviço que pretende utilizar está compreendido entre aqueles cobertos pelo contrato, bem como o tipo de carência eventualmente estabelecido.

**PARÁGRAFO 1º.** O valor a ser pago mensalmente será aquele constante da Tabela UNIMED CURITIBA em vigor na data do respectivo vencimento, acrescido das coparticipações definidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA e eventuais acréscimos decorrentes de tributos, taxas, contribuições e encargos descritos nas características do plano **ANEXO I**, cujos valores foram apresentados previamente a adesão e são de total conhecimento do ASSOCIADO.

**PARÁGRAFO 2º.** Os valores decorrentes desta Proposta de Adesão serão cobrados pela ADMINISTRADORA, via boleto bancário, débito em conta corrente do ASSOCIADO ou por outro meio que venha ser disponibilizado pela ADMINISTRADORA, de acordo com a escolha feita pelo ASSOCIADO, cabendo à ADMINISTRADORA receber todos os valores e efetuar o pagamento da Fatura do Plano Coletivo por Adesão emitida pela UNIMED CURITIBA contra a ADMINISTRADORA. As parcelas vencerão sempre na data informada nas características do plano (ANEXO I) podendo ter o seu vencimento posterior ao início de vigência na modalidade de pós pagamento. Os valores constantes da tabela UNIMED CURITIBA, teto máximo de coparticipação e coparticipações serão reajustados nas mesmas épocas e nas mesmas bases estipuladas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, cujo conteúdo completo estará à disposição do ASSOCIADO junto ao CONTRATANTE e/ou ao ADMINISTRADORA.

**PARÁGRAFO 3º.** Para os contratos onde há insumos (tributos, taxas, contribuições/mensalidades associativas e encargos), os mesmos serão atualizados sempre que houver variação destas despesas e/ou tributos, bem como também serão incluídos novos tributos que venham a incidir sobre a fatura da UNIMED emitida contra a ADMINISTRADORA.

**PARÁGRAFO 4º.** Se o ASSOCIADO não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 05 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente junto à ADMINISTRADORA ou pelo site [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br) -> autoatendimento, para que não se sujeite às consequências da mora.

**PARÁGRAFO 5º.** Neste ato, por ocasião da assinatura desta Proposta de Adesão, o ASSOCIADO solicita ter acesso ao boleto/demonstrativo de cobrança conforme opção escolhida abaixo:

Enviar por SMS Enviar por E-MAIL Retirar no site [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br)

**PARÁGRAFO 6ª.** A prestação não paga no seu respectivo vencimento terá incidência de correção monetária pelo IGPM-FGV, ou na falta deste índice, por outro que venha substituí-lo, além de multa de 02% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

**PARÁGRAFO 7ª.** Manifesto o meu consentimento para que a pessoa, portadora do CPF: , com quem possuo grau de parentesco ou relação social de , telefone para contato , possa tratar de assuntos de gestão do plano de saúde, recebendo informações financeiras e relacionadas com minhas consultas e exames. Estou ciente de que qualquer alteração sobre essa autorização deverá ser formalmente comunicada à gestora do plano de saúde, pelas vias de comunicação disponibilizadas (e-mail e telefones indicados no site ou presencialmente na sede da gestora), e de que enquanto não sobrevier uma revogação desta autorização, a pessoa indicada poderá tratar dos assuntos do meu interesse.

Estou ciente de que nova inclusão de beneficiários, alteração do plano ou exclusão de benefícios somente poderá ser requerida pela titular, não sendo admitido que seja feito pela pessoa autorizada para demais assuntos de utilização e gestão do plano.

**CLÁUSULA 4ª.** Na hipótese do ASSOCIADO deixar de pagar a mensalidade e/ou coparticipação por período superior a 15 (quinze dias) ou quando do encerramento da conta corrente indicada para débito automático, impedindo o pagamento ou até mesmo na hipótese de haver insuficiência de margem consignável para os casos em que o contrato disponibiliza essa opção de pagamento, considerar-se-á automaticamente rescindida a presente Proposta de Adesão, sendo que o CONTRATANTE e/ou ADMINISTRADORA darão início ao processo de exclusão programada do ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA para o dia 1ª do mês subsequente, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial ou quaisquer outros avisos ou comunicações, caso em que o ASSOCIADO deverá devolver toda a documentação recebida da UNIMED CURITIBA, inclusive cartão de identificação próprio e de seu(s) Dependente(s), sob pena de responder civil e criminalmente pelo seu uso indevido. Todos os procedimentos aqui previstos não eximem o ASSOCIADO do adimplemento da(s) parcela(s) devida(s), acrescida(s) dos índices determinados na Cláusula 4ª supra, por intermédio de execução, para o que, desde já, as partes convencionam a liquidez, certeza e exigibilidade de tais débitos do ASSOCIADO.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Em caso de falta de pagamento, a ADMINISTRADORA fica previamente autorizada a proceder à cobrança, inclusive por meio de execução judicial, do valor principal acrescido dos encargos, bem como incluir o nome do ASSOCIADO como inadimplente nos cadastros de proteção ao crédito, tais como SCPC e SERASA, entre outros.

**CLÁUSULA 5ª.** O ASSOCIADO obriga-se, sob pena de exclusão do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA, a atender todas as obrigações estatutárias de ASSOCIADO mantendo em dia sua contribuição associativa e fornecendo ainda, todos os dados, declarações e opções necessárias à implantação das obrigações assumidas no presente instrumento ao CONTRATANTE e/ou ADMINISTRADORA. Obriga-se ainda o ASSOCIADO, a comunicar, por escrito, mudanças de endereço ou a alteração de qualquer dado fornecido anteriormente, sob pena de exclusão do convênio, sem prejuízo do reembolso das despesas decorrentes do uso indevido do Convênio/Plano com a UNIMED CURITIBA, nos termos das Cláusulas 5ª e 15ª, Parágrafo Único, da presente Proposta.

**CLÁUSULA 6ª. (DA UTILIZAÇÃO DO PLANO E DOS PRAZOS DE CARÊNCIA)** – Fica assegurada ao ASSOCIADO, a partir da aceitação de sua Adesão ao CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, por parte do CONTRATANTE e da ADMINISTRADORA a utilização do Plano de Saúde, independentemente do recebimento do Cartão de Identificação, obedecendo sempre às carências e CPT (Cobertura Parcial Temporária) estabelecidas e o início de vigência, conforme consta na ficha de movimentação desta proposta de adesão.

**Parágrafo 1º.** Abaixo alguns exemplos de CARÊNCIAS contadas de acordo com o início de vigência e como estipulado no caput da presente Cláusula que, poderão sofrer alterações a qualquer momento, de acordo com as novas atualizações da UNIMED CURITIBA ou da ANS, onde para demais informações o ASSOCIADOS deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da UNIMED CURITIBA central atendimento ao cliente: 0800-642-2002 se certificando dos procedimentos cobertos e dos prazos de carência.

**a) 24 horas: atendimentos de urgência ou emergência, apenas para acidentes pessoais;**

**b) 30 dias: Consultas e exames de patologia clínica;**

**c) 90 dias: PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES descritos a seguir:**

Eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica em regime ambulatorial, exames radiológicos simples, histocitopatologia, exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrinolaringológicos (exceto videolaringoscopia), inaloterapia, provas de função pulmonar, teste ergométrico, procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

**d) 180 dias:** Procedimentos para Internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial.

**EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**, tais como: Angiografias, arteriografias, eletroencefalograma prolongado, mapeamento cerebral e polissonografia, potencial evocado, ultrassonografias, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia diagnóstica, densitometria óssea, ecocardiograma uni ou bidimensional colorido ou não com doppler, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, cineangiogramografia e videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise



peritoneal, hemoterapia, medicina nuclear e acupuntura, consultas/sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, nutrição e terapia ocupacional;

**PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS:** Atendimento pediátrico a gestantes (3º trimestre), líquido amniótico, cariótipo com bandas, marcadores bioquímicos para avaliação do risco fetal (cada), determinação do risco fetal, com elaboração de laudo; teste duplo – 1º trimestre (papp-A+beta+hcg) ou outros 2 em soros ou líquido amniótico, teste duplo – (2º trimestre) (afp + beta + hcg ou outros 2 em soro ou líquido amniótico), teste triplo (afp+beta+hcg+estriol) ou outros 3 em soro ou líquido amniótico, obstetria com amniocentese;

**e) 06 meses: para acomodação individual independente da data da opção. Obs. Clientes com redução de carência podem ter a redução de carências para acomodação individual, desde que já tenham essa acomodação no plano de origem e que cumpram os critérios para redução.**

**f) 300 (trezentos) dias / 10 meses para partos, incluindo cesarianas.**

**Parágrafo 2º.** CPT – Cobertura Parcial Temporária contada a partir do início de vigência (Cláusula 2ª, parágrafo 1º) de 24 meses para as doenças e lesões pré-existentes declaradas na inclusão do beneficiário.

**Parágrafo 3º.** A Redução de carência de outras operadoras será reaproveitado de acordo com o critério e análise da operadora atual, sem garantia de reaproveitamento total, a operadora não faz reaproveitamento de carência para obstetria, salvo se for da mesma operadora ou portabilidade para mais informações sobre a portabilidade de carências acesse o site: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/trocar-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia/7-portabilidade-de-carencias>.

**Parágrafo 4º.** O plano de saúde cobre os procedimentos de acordo com o previsto no Rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A liberação dos procedimentos é feita pela UNIMED CURITIBA para mais informações telefone: 3019-2000

**CLÁUSULA 7ª.** Para os casos onde a contratação é feita através de portabilidade, a carência será aceita ou recusada após análise da Operadora de Destino, cabendo ao ASSOCIADO entregar todos os documentos necessários, para essa análise e atender todos os requisitos da RN 438.

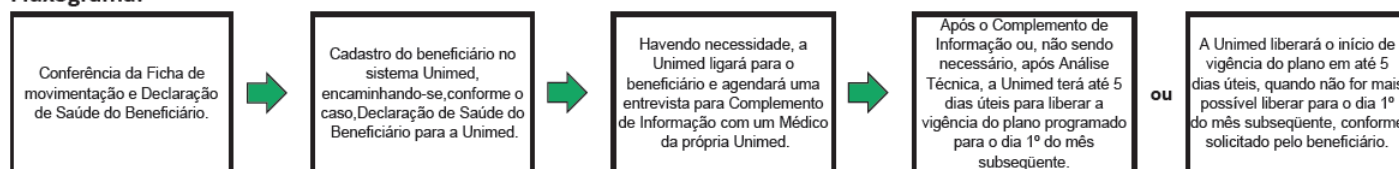
**CLÁUSULA 8ª.** A Vigência do plano poderá ser programada para o dia 1º de cada mês ou em até 5 dias úteis conforme a opção solicitada abaixo pelo beneficiário, obedecendo sempre a análise da operadora.

Com início de vigência em até 5 dias úteis.

- **Vigência através de Portabilidade:** A inclusão por motivo de portabilidade está condicionada à análise dos requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/18, a operadora terá o de até 10 (dez) dias contados da data de assinatura da proposta de portabilidade emitido pela operadora que dará o aceite ou não da portabilidade, uma vez aceita a portabilidade o prazo de vigência será o informado acima.

- **Vigência através de Declaração de Saúde:** A inclusão com Declaração de Saúde, terá início de vigência em até 5 dias úteis, após a entrevista e/ou análise médica realizada pela Unimed (não sendo necessária a entrevista e/ou análise médica ou Declaração de Saúde, o mesmo prazo passará a contar da Análise Técnica da Unimed).

**Fluxograma:**



**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Para os casos onde houver o preenchimento da Declaração de Saúde, o ASSOCIADO poderá se submeter a uma prévia análise de entrevista qualificada, pelo(s) médico(s) indicado(s) pela UNIMED, para início da inclusão,

assim como de seu(s) Dependente(s)/Beneficiário(s) no Plano de Saúde contratado junto à ESTIPULANTE, e que a UNIMED, a seu exclusivo critério, havendo a necessidade poderá marcar uma entrevista para Complemento de Informação com médico(s) de sua indicação, para esclarecer informações prestadas pelo ASSOCIADO e/ou seu(s) Dependente(s) na declaração de saúde. Somente após a análise final das informações prestadas na declaração de saúde e/ou após a realização do Complemento de Informação ou Análise Técnica, conforme anteriormente citado, a UNIMED terá o prazo de até 05 (cinco) dias úteis para fazer a liberação da vigência do Plano de Saúde dos Dependente(s)/Beneficiário(s).

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Liberada a vigência, será gerado o Código da Carteira de Usuário do Plano de Saúde, assim como a carta encaminhada pela Operadora informando se haverá a necessidade de cumprimento de carência de COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIO (CPT) para algumas situações se houver.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** A respectiva Mensalidade poderá vir de forma proporcional caso a vigência não seja programada onde o 1º mês será cobrado de forma proporcional (pro rata temporis) aos dias em que o beneficiário esteve ativo junto com o segundo mês integral em um único boleto;|

**CLÁUSULA 9ª. ALTERAÇÃO DE PLANO** - O ASSOCIADO deverá fazer os pedidos de adesão/inclusão de opcionais (**através do termo aditivo de alteração do plano**), obedecendo à data limite do dia 15 (quinze) de cada mês para que sejam processados para o 1º (primeiro) dia do mês subsequente. Somente será dado andamento ao pedido de adesão para a proposta de adesão completa e corretamente preenchida, assinada pelo ASSOCIADO, com a documentação completa, devidamente homologada pelo CONTRATANTE e pela ESTIPULANTE.

**CLÁUSULA 10ª. DA EXCLUSÃO POR SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** - O ASSOCIADO declara estar ciente de que qualquer solicitação de exclusão, sua ou de seus dependentes, do Plano de Saúde/Odontológico contratado junto à ADMINISTRADORA deverá ser feita presencialmente ou através de telefone para a CONTRATANTE, UNIMED CURITIBA ou à ADMINISTRADORA. O cancelamento será imediato, a partir da data de ciência do pedido, por parte da UNIMED CURITIBA ou da ADMINISTRADORA, oportunidade em que o ASSOCIADO receberá as informações necessárias sobre as consequências do cancelamento conforme a Resolução Normativa nº 412.

**CLÁUSULA 11ª. SERVIÇOS SEM COBERTURA PELO CONTRATO** – A utilização dos serviços do convênio além ou fora do pactuado no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, autoriza a CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA a tomarem as medidas legais contra o ASSOCIADO de se ressarcir de eventuais prejuízos.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** A CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA não autorizarão, em hipótese alguma, qualquer atendimento em custo operacional.

**CLÁUSULA 12ª. CONDIÇÃO DE DEPENDENTE** – É de inteira responsabilidade do ASSOCIADO comunicar a CONTRATANTE e a ADMINISTRADORA sobre casamento ou união estável de seu(s) Dependente(s), por escrito, até o dia 15 (quinze) do mês que anteceder a data do casamento ou a data da declaração de união estável, ciente que tais eventos impossibilitam a continuidade da condição de dependente no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**Parágrafo único:** O(s) Dependente(s) será(ão) cancelado(s) do Plano de Saúde/Odontológico contratado junto à ADMINISTRADORA quando atingir(em) a data limite informada no Parágrafo Primeiro da Cláusula 2ª desta Proposta de Adesão.

**CLÁUSULA 13ª.** Quaisquer falhas e/ou deficiências de serviços, assistência ou atendimento médico-hospitalar prestados na vigência do Plano de Saúde no qual estiver incluído o ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) são de exclusiva responsabilidade da UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 14ª.** À título de emissão de segunda via do cartão magnético, o valor será cobrado do ASSOCIADO, de acordo com o valor repassado pela UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 15ª.** O ASSOCIADO e seu(s) Dependente(s) compromete(m)-se a fazer uso normal e criterioso do cartão de identificação fornecido pela UNIMED CURITIBA. A apuração de quaisquer abusos ou irregularidades praticados com ou sem culpa ou dolo do ASSOCIADO e/ou Dependente(s) serão passíveis de cancelamento imediato do Plano de Saúde, e ainda, à exclusão do quadro de ASSOCIADO da CONTRATANTE.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Consideram-se uso indevido do convênio, passível de exclusão do Plano de Saúde, exemplificativamente, as

seguintes práticas:

- a) A utilização dos serviços do convênio por parte do ASSOCIADO e/ou Dependente(s) sem estar(em) regularmente inscrito(s)
- b) A falta de pagamento da(s) mensalidade(s) do plano;
- c) A falsificação, a alteração e /ou a não apresentação do cartão de identificação;
- d) A não comunicação imediata de perda ou extravio do cartão de identificação da UNIMED CURITIBA observando, sempre, as disposições contidas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA;
- e) A não devolução imediata do cartão de identificação na sede da CONTRATANTE e/ou a utilização dos serviços prestados pela UNIMED CURITIBA, em caso de exclusão do ASSOCIADO e seu(s) dependente(s) por rescisão desta Proposta ou do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA;
- f) As demais situações previstas no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 16ª.** O ASSOCIADO reconhece para todos os efeitos legais, como dívida líquida e certa em favor da CONTRATANTE, qualquer atendimento prestado a ele e seu(s) dependente(s) após a rescisão da presente Proposta ou do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, independente da data de início desse tratamento.

**CLÁUSULA 17ª.** . Esta Proposta é celebrada por tempo indeterminado tendo, todavia, sua vigência definida no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA, e seu término final, na data da rescisão do CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA ou do requerimento do ASSOCIADO, conforme Cláusula 10ª supra, ou nas hipóteses previstas nas Cláusulas desta Proposta de Adesão ou no CONTRATO PADRÃO UNIMED CURITIBA.

**CLÁUSULA 18ª.** As PARTES declaram, para todos os efeitos, estarem de acordo com a assinatura desta Proposta de Adesão ser realizada através de assinatura eletrônica, sendo que reconhecem e têm conhecimento que a assinatura do contrato através desse método é válida e produz todos os efeitos jurídicos almejados pela assinatura.

## **CLÁUSULA 19ª DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.**

### **19.1 DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

**19.1.1** Este documento foi elaborado com base na Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados “LGPD”, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

**19.1.2** Dado pessoal é qualquer informação relacionada a pessoa natural, direta ou indiretamente, identificada ou identificável. Dado pessoal sensível é categoria especial de dados pessoais referentes a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos relativos à pessoa natural.

**19.1.3** Tratamento de dados pessoais é toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem: a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão, extração e eliminação.

**19.1.4** O tratamento de dados pessoais realizado pela ADMINISTRADORA é pautado pela boa-fé e pelos princípios da finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade, transparência, segurança, prevenção e não discriminação.

### **19.2 DOS DADOS PESSOAIS**

**19.2.1** O ASSOCIADO declara estar ciente de que o tratamento de seus dados pessoais é indispensável à realização do objeto da Contratação, e que os seguintes dados serão coletados, armazenados e tratados:

a) Os **dados de qualificação do associado** serão coletados para possibilitar o cadastro e identificação perante a Administradora, a Corretora e a OPERADORA. Esses dados incluem nome, idade, endereço, e-mail, telefone, gênero, RG, CPF, filiação, estado civil, profissão, número de Título de Eleitor, e seu vínculo a Associação. Eventualmente, quando o titular dos dados optar por apresentar como documento de identificação a sua Carteira Nacional de Habilitação ou outro documento para esse fim, também os dados a tais documentos também serão objeto de tratamento.

b) Os **dados de qualificação de dependentes** são os dados dos dependentes diretos do associado titular, incluindo, além dos dados de qualificação padrão, o parentesco que autoriza o reconhecimento da dependência exigida para a contratação do plano de saúde/odontológico e outros serviços.

c) Os **dados de qualificação de menores de 18 anos** que sejam dependentes do associado, e que são fornecidos pela pessoa que ostente e comprove a condição de representante legal. Incluem-se, portanto, os dados de qualificação padrão do representante legal e os dados de qualificação de dependentes.

d) Os **dados de saúde** são aqueles solicitados na declaração de saúde, que se referem a condição clínica do associado, incluindo dados biométricos [peso e altura], idade e: (i) se o associado possui doenças ou lesões preexistentes e quais são; (ii) há quanto tempo possui ou sabe que possui as doenças e lesões preexistentes; (iii) se o associado usa aparelhos como marcapasso, stent, implantes, e outros; (iv) se o associado usa medicamento regularmente, e quais são; (v) se o associado já foi submetido a alguma cirurgia; (vi) outras informações de saúde que o próprio associado julgue importante incluir na declaração de saúde ou que o médico designado para assessorar o preenchimento da declaração médica julgue relevante fazer constar.

e) Os **dados operacionais** são aqueles fornecidos ativamente pelos associados quando entram em contato com a ADMINISTRADORA para sanar dúvidas ou resolver demandas, bem como aqueles relativos ao cumprimento das obrigações contratadas pelas partes.

f) Os **dados fornecidos por terceiros** são aqueles fornecidos à ADMINISTRADORA por terceiros, mediante expresso consentimento do titular dos dados ou representante legal do titular, desde que sejam necessários para cumprir as finalidades do contrato [incluindo eventuais contatos e procedimentos financeiros].

**19.2.2** Dependendo de como se dá a contratação e o estabelecimento do vínculo associativo, a coleta dos dados pessoais do associado pode ser realizada diretamente pela Administradora ou pela sua Associação; nesse último caso, a Associação fará o compartilhamento dos dados com a Administradora para que sejam formalizadas as propostas de contratação de plano de saúde/odontológico com a Operadora. Caso o titular dos dados não deseje fornecer seus dados e de seus dependentes à Associação, deverá procurar pela Administradora para a formalização das tratativas.

### 19.3 DA FINALIDADE DE TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

**19.3.1** Todos os dados pessoais coletados no âmbito do presente contrato constituem o mínimo necessário para atingir as finalidades contratuais, e serão utilizados unicamente para os propósitos informados aos seus titulares.

**19.3.2** Os tratamentos dos dados pessoais aqui previstos serão realizados enquanto perdurar a relação contratual estabelecida com o associado, ou até o momento em que for atendida as finalidades pelas quais foram coletados, inclusive para atendimento às exigências legais de manutenção de arquivos ou para efeitos de cobranças por serviços prestados.

**19.3.4** Após o término do contrato, os dados serão mantidos em arquivo apenas se houver determinação legal ou das autoridades nesse sentido, e pelo prazo que for determinado.

### 19.4 COMPARTILHAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

**19.4.1** Considerando que o presente contrato envolve múltiplos sujeitos, para que sua execução seja possível é necessário o compartilhamento dos dados pessoais coletados, da seguinte forma:

a. Associação poderá compartilhar o vínculo associativo e os dados pessoais do associado com a ADMINISTRADORA, a fim de confirmar o enquadramento nas exigências legais e contratuais da ADMINISTRADORA.

b. A ADMINISTRADORA poderá compartilhar com a Associação os relatórios contendo os dados de operação, em especial acerca

de eventual condição de inadimplência do associado, a fim de possibilitar a cobrança e outras medidas cabíveis nestas hipóteses.

c. A Operadora poderá enviar relatórios contendo informações sobre a utilização dos planos de saúde/odontológico pelos associados [notadamente para justificar alterações de valores dos serviços contratados], mas, nesse caso, em atendimento da legislação, as informações constantes dos relatórios somente poderão conter dados anonimizados [ou seja, sem a possibilidade identificação pessoal dos usuários do plano de saúde/odontológico].

**d. Os dados de saúde constantes da entrevista qualificada [dados fornecidos pelo titular de dados] poderão ser compartilhados pela ADMINISTRADORA com a Operadora do Plano de Saúde, a fim de possibilitar uma análise adequada da condição clínica do associado, dos atendimentos que são necessários e a oferta os planos apropriados. O compartilhamento desses dados é indispensável para a prestação do serviço de saúde objeto da contratação.**

e. Os dados pessoais dos associados poderão ser compartilhados com autoridades, entidades governamentais ou outros terceiros, para a proteção dos interesses da ADMINISTRADORA em qualquer tipo de conflito, incluindo ações judiciais e processos administrativos, nos limites das autorizações legais.

f. Os dados pessoais dos associados poderão ser compartilhados no caso de transações e alterações societárias envolvendo ADMINISTRADORA, ASSOCIAÇÃO, OPERADORA ou CORRETORA, hipótese em que a transferência das informações será necessária para a continuidade dos serviços.

g. Os dados pessoais dos associados poderão ser armazenados por meios tecnológicos disponíveis, mediante serviço contratado especificamente para esse fim, desde que ofereçam critérios de segurança das informações.

**19.4.2** Cada uma das partes elencadas é responsável pela segurança das informações dos associados, de modo que se comprometem a atuar no âmbito da presente contratação em conformidade com a legislação vigente sobre proteção de dados pessoais e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, comprometendo-se inclusive a tratar todos os dados pessoais como confidenciais e cumprir com os requisitos das medidas de segurança técnicas e organizacionais para garantir a sua segurança, inclusive no seu armazenamento e transmissão.

## **19.5 DIREITOS DOS TITULARES DE DADOS**

**19.5.1.** São direitos dos associados, na condição de titulares de dados pessoais ou responsáveis legais pelos titulares dos dados: (i) confirmação de existência de tratamento de dados pessoais; (ii) acesso aos dados; (iii) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação ou finalidade contratual; (v) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação das autoridades; (vi) solicitar a eliminação dos seus dados pessoais, mediante a finalização da relação contratual, nos casos em que seja possível; (vii) obter informações das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; (viii) obter informação sobre a possibilidade de não fornecer o seu consentimento, bem como de ser informado sobre as consequências, em caso de negativa; (ix) revogação do consentimento.

**19.5.2.** O associado, na condição de titular de dados, pode apresentar solicitações para cumprimento dos direitos elencados, que serão oportunizadas de forma facilitada e gratuita.

**19.5.3.** A solicitação apresentada poderá ser rejeitada se for formalizada em desconformidade com as exigências legais, ou quando o pedido não seja legalmente autorizado. A eventual negativa de solicitação do titular dos dados será justificada de forma expressa e com base na lei.

**19.5.4.** Caso o associado tenha alguma preocupação ou dúvidas sobre o processamento dos seus dados pessoais, ou caso queira exercer algum direito a isso relacionado, poderá entrar em contato com o encarregado de dados pessoais do Grupo Vital, pelo telefone 41 3512-5900, endereço de e-mail [jackson@grupovital.com.br](mailto:jackson@grupovital.com.br) ou pessoalmente, no endereço Rua Desembargador Westphalen, 2151, bairro Rebouças, CEP: 80.220-030, - Curitiba/PR.

**19.5.5.** Os esclarecimentos aqui previstos podem ser alterados pela ADMINISTRADORA, hipótese na qual as novas orientações serão disponibilizadas no site [www.grupovital.com.br](http://www.grupovital.com.br) e informadas ao associado, titular dos dados.



## **19.6 DA BASE LEGAL PARA TRATAMENTO DE DADOS: EXECUÇÃO DE CONTRATO E LEGÍTIMO INTERESSE**

**19.6.1.** O associado está ciente da necessidade do tratamento dos dados pessoais para a proposição e cumprimento de contrato de plano de saúde/odontológico. Ainda que, neste caso [de cumprimento contratual], a lei não exija consentimento para tratamento, o associado, como titular dos dados pessoais ou representante legal do titular, manifesta expresso consentimento para sejam realizados os processos de tratamento de dados ajustados à finalidade contratual.

**19.6.2.** O associado compreende que a negativa de consentimento para o tratamento de dados implicará no encerramento do contrato com o plano de saúde/odontológico. Nesse caso, para efeitos legais, entender-se-á que o fim da relação contratual foi causada por ato de vontade do associado [titular dos dados].

**19.6.3.** O associado declara ter conhecimento de que os dados de saúde solicitados são dados pessoais sensíveis e concorda com o tratamento pela administradora, pela OPERADORA e pela Associação, a fim de possibilitar o seu adequado atendimento, a oferta e a eventual contratação de planos de saúde/odontológico adequados.

**19.6.4.** Caso o titular de dados seja pessoa menor de dezoito anos, o signatário declara ser seu pai/mãe ou responsável legal, e que expressa seu consentimento específico para o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente sob sua responsabilidade, para as finalidades contratuais já destacadas no presente documento.

**19.6.5.** Considerando o legítimo interesse do titular dos dados ou do responsável legal pelo titular dos dados, o GRUPO VITAL [do qual a ADMINISTRADORA faz parte] poderá utilizar as informações fornecidas para a apresentação de outros produtos ou serviços relativos à segurança ou saúde. Caso o titular não deseje receber tais ofertas, poderá a todo tempo requerer, verbalmente ou por escrito, nos canais de contato disponibilizados no site <http://www.grupovital.com.br/site/contato> ou pelo e-mail [atendimento@grupovital.com.br](mailto:atendimento@grupovital.com.br), que a referida apresentação de novos produtos ou serviços seja encerrada.

**CLÁUSULA 20ª.** Fica eleito o Foro Central da Comarca de Curitiba, por mais privilegiado que outro o seja, para dirimir quaisquer demandas que se apeguem neste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

## ANEXO I

**Código do Contrato na operadora: SIMEPAR- 124553**

**Coparticipação:** Coparticipação de **25%** em consultas exames e procedimentos ambulatoriais de acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO. Limitado ao teto máximo da coparticipação: **R\$ 248,77** por procedimento.

*Para saber de forma antecipada os valores de coparticipação entre em contato com a operadora no telefone que consta atrás do seu cartão informando o código do procedimento que consta na sua guia.*

**Data de vencimento as obrigações financeiras do ASSOCIADO:** vencerão sempre no dia **3 de cada mês posterior** ao início de vigência. **\*\*Não é possível alterar esta data de vencimento\*\***

**Reajuste do aniversário de contrato:** Independentemente da data de adesão do BENEFICIÁRIO, as mensalidades e o teto máximo de coparticipação de todos os beneficiários sofrerão reajuste do aniversário de contrato da Associação/Sindicato na mesma data base estabelecida no CONTRATO que acontece no mês de **JUNHO**.

Além do reajuste anual as mensalidades sofrerão reenquadramento por mudança de faixa etária.

As coparticipações sofrerão reajuste na forma estabelecida no CONTRATO.

**Insumos:** \* Taxa de Administração de 6% (seis por cento) sobre o valor da mensalidade e coparticipação dos beneficiários (titulares e dependentes) + R\$3,00 (três reais) por família;

\* **R\$ 80,00** por titular referente a contribuição associativa. (Esse valor pode ser reajustado a qualquer momento a pedido do SIMEPAR)

\* **R\$ 16,00** por titular referente a contribuição associativa para estudante de medicina. (Necessária declaração da faculdade que comprove que está cursando medicina)

**Abrangência geográfica:** Plano com cobertura em todo território nacional.

**Valor do SOS por pessoa: R\$10,36.** Consulte condições gerais no link [www.grupovital.com.br/site/sos-unimed](http://www.grupovital.com.br/site/sos-unimed)

**Valor do Aero medico por pessoa: R\$ 2,50**

**Tabela válida até maio – 2025**

Modalidade de Plano				Faixas Etárias									
Plano	Registro ANS	00 - 18	19 - 23	24 - 28	29 - 33	34 - 38	39 - 43	44 - 48	49 - 53	54 - 58	59 ou mais		
AMB HOSP ENF OBSTETRÍCIA	704.381/99-3	R\$ 201,79	R\$ 231,80	R\$ 243,40	R\$ 316,08	R\$ 331,87	R\$ 380,47	R\$ 531,32	R\$ 673,71	R\$ 741,05	R\$ 1.208,72		
AMB HOSP APTO OBSTETRÍCIA	704.385/99-6	R\$ 229,56	R\$ 280,15	R\$ 294,14	R\$ 422,22	R\$ 443,41	R\$ 608,48	R\$ 638,88	R\$ 874,25	R\$ 944,18	R\$ 1.375,18		

**Taxa de adesão:** No ato da assinatura desta proposta de adesão, o ASSOCIADO pagará o percentual de 75% do valor da mensalidade, referente à taxa de adesão sua e de seu (s) dependente (s) constantes na proposta.

### Idade Limite dos Dependentes:

Os filhos solteiros poderão permanecer no plano, na condição de beneficiários dependentes diretos em relação ao beneficiário sem idade limite para exclusão referente a condição de dependente.

**DEPENDENTES:** Além dos dependentes já previstos na cláusula 2ª parágrafo 1º da proposta, poderão ser incluídos no plano de saúde como dependentes em relação ao beneficiário titular:

**\*\*** O neto e o sobrinho solteiro e consanguíneo do beneficiário titular, até o limite de idade estabelecido na Proposta de Admissão para os dependentes filhos.

A inclusão do dependente está condicionada à apresentação da documentação completa e suficiente a demonstrar o seu status em relação ao beneficiário titular.

Todos os dependentes acima estão sujeitos às mesmas condições de cumprimento de carências e Cobertura Parcial Temporária-CPT em vigor, conforme estabelecido em contrato. Os dependentes farão jus aos mesmos serviços médico-hospitalares e terapêuticos garantidos aos demais beneficiários do plano e estarão sujeitos às mesmas exclusões de cobertura. Seguem ainda as mesmas regras de sistemática de utilização do plano de saúde, reajustes, rescisão, dentre outras previstas no regulamento, excetuados os benefícios especiais.

**Os dependentes netos, sobrinhos, não terão direito ao benefício Plano de Extensão Assistencial – PEA/Benefício Família e Seguros, conforme já previsto no regulamento do contrato, mesmo que seja incapaz, inválido ou dependa economicamente do titular.**



Operadora: Unimed Curitiba Sociedade Cooperativa de Médicos  
CNPJ: 75.055.772/0001-20  
Nº de registro na ANS: 30470-1  
Site: <http://www.unimedcuritiba.com.br>  
Tel:(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.

# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

## Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial
		Com 30 participantes ou mais
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes
		Coletivo por Adesão
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não fornecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.		Coletivo Empresarial	
			Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
			Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
			Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.		
MECANISMOS DE REGULAÇÃO		É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE		Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.		
		Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.		



<b>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b>	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
<b>VIGÊNCIA</b>	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
<b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

### **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

### **Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.**

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## **Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Esse direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

## **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria.

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

## **Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

## **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

## Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.**

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Ministério da  
Saúde



Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

**PROP\_26929\_01042025083445.pdf**

Documento número #51265d72-3f9e-4938-a697-54c1299f5d20

Hash do documento original (SHA256): 2805236bfb64c92069e2ae9c9ba611dbf1ac97686e86d0447b8b21a6a03bbcd9

**Assinaturas****VANESSA OCHOA SCUSSIATTO**

CPF: 081.202.649-75

Assinou como contratante em 01 abr 2025 às 09:11:23

**SIMONI DANIEL CORREA**

CPF: 052.951.969-09

Assinou como interveniente em 01 abr 2025 às 08:58:46

**Log**

- 01 abr 2025, 08:35:21      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 criou este documento número 51265d72-3f9e-4938-a697-54c1299f5d20. Data limite para assinatura do documento: 31 de maio de 2025 (08:35). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 01 abr 2025, 08:35:22      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 adicionou à Lista de Assinatura: vanyoscussiatto@hotmail.com para assinar como contratante, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo VANESSA OCHOA SCUSSIATTO e CPF 081.202.649-75.
- 01 abr 2025, 08:35:25      Operador com email suportecadastro@grupovital.com.br na Conta ecace1e2-7f8c-4a97-99b9-2741cbfa3702 adicionou à Lista de Assinatura: simoni@grupovital.com.br para assinar como interveniente, via E-mail.
- Pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo SIMONI DANIEL CORREA e CPF 052.951.969-09.
- 01 abr 2025, 08:58:47      SIMONI DANIEL CORREA assinou como interveniente. Pontos de autenticação: Token via E-mail simoni@grupovital.com.br. CPF informado: 052.951.969-09. IP: 177.92.49.37. Componente de assinatura versão 1.1166.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.
- 01 abr 2025, 09:11:23      VANESSA OCHOA SCUSSIATTO assinou como contratante. Pontos de autenticação: Token via E-mail vanyoscussiatto@hotmail.com. CPF informado: 081.202.649-75. IP: 143.208.40.15. Componente de assinatura versão 1.1166.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.

01 abr 2025, 09:11:25

Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 51265d72-3f9e-4938-a697-54c1299f5d20.



**Documento assinado com validade jurídica.**

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 51265d72-3f9e-4938-a697-54c1299f5d20, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em [www.clicksign.com](http://www.clicksign.com).