

CARACTERÍSTICAS DO PLANO

1. IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATANTE assim designado nesta proposta de adesão:

RAZÃO SOCIAL DO CONTRATANTE: **SINDITEST - SINDICATO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO DO ENSINO TERCEIRO GRAU PÚBLICO DE CURITIBA, REGIÃO METROPOLITANA E LITORAL/PR**

CNPJ SOB O N.º 68.700.806/0001-26

ENDEREÇO: AVENIDA AGOSTINHO DE LEÃO JUNIOR, N° 177, CEP: 80030-110 - CURITIBA/PR

2. IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA assim designada nesta proposta de adesão:

RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA: UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS

CNPJ: 75.055.772/0001-20 - REGISTRO NA ANS: 30.470-1

ENDEREÇO: AVENIDA AFONSO PENA, N° 297 – BAIRRO TARUMÃ – CURITIBA/PR

3. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA CONTRATADA PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DO CONTRATO:

RAZÃO SOCIAL: CAMPEÃ ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

CNPJ: 04.566.215/0001-25 - REGISTRO NA ANS: 41.778-5

ENDEREÇO: RUA DESEMBARGADOR WESTPHALEN 2151, REBOUÇAS, CEP: 80220-030 - CURITIBA/PR

TELEFONE: 041 3512-5910 - SITE: www.grupovital.com.br

4. TIPOS DE PLANOS E VALORES:

() SINDITEST FLEX 54742 - Tabela válida até novembro/2018.

Modalidade de Plano		Faixas Etárias									
Plano	Cód.Plano	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	981	327,91	327,91	327,91	408,61	408,61	408,61	408,61	499,39	499,39	499,39
AMB HOSP ENFERMARIA	982	327,82	327,82	327,82	408,55	408,55	408,55	408,55	499,35	499,36	499,36
AMB HOSP APTO OBSTETRÍCIA	983	647,23	647,23	647,23	806,59	806,59	806,59	806,59	985,78	985,78	985,78
AMB HOSP APARTAMENTO	984	647,23	647,23	647,23	806,59	806,59	806,59	806,59	985,78	985,78	985,78

Abrangência geográfica: Plano Flex com cobertura em Curitiba e Região Metropolitana.

Opcionais: Transporte Aeromédico (na forma do Contrato) por beneficiário que optar.

SOS (na forma do Contrato) por beneficiário que optar.

5. CO-PARTIPAÇÃO: 30% (*)

(*) De acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO.

Teto máximo da co-participação: R\$90,00 por procedimento.

6. TAXA DE ADESÃO:

No ato da assinatura desta proposta de adesão ou para novas inclusões, o ASSOCIADO pagará o valor de **R\$ 60,00 por beneficiário**, referente à taxa de adesão sua e de seu(s) dependente(s) constantes na **Ficha de Movimentação**.

7. INSUMOS :

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

8. DATA VENCIMENTO DAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS:

As obrigações financeiras do ASSOCIADO decorrentes desta proposta de adesão vencerão sempre no **dia 05 (cinco) de cada mês posterior ao mês de vigência**.

9. REAJUSTE DAS OBRIGAÇÕES FINANCEIRAS:

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

Além do reajuste anual as mensalidades sofrerão re-enquadramento por mudança de faixa etária.

As co-participações sofrerão reajuste na forma estabelecida no CONTRATO.

10. FORMAS DE PAGAMENTO:

Boleto Bancário e Débito em Conta Corrente.

Rubrica do Títular: _____