

## **TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PARA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE UNIMED Curitiba**

Ao aderir ao Plano de Saúde mantido através da Associação dos Funcionários do Instituto EMATER PR – AFA, é essencial a leitura atenta dos direitos concedidos e obrigações assumidas.

### **Senhor(a) Associado(a).**

As modalidades oferecidas ao associado e seus dependentes abrangem atendimento:

- a) Somente ambulatorial (consultas e exames) sem direito a internamento e cirurgia;
- b) Atendimento hospitalar coletiva com ou sem obstetrícia
- c) Atendimento hospitalar em acomodação individual com o sem obstetrícia.

A extensão dos atendimentos e os prazos de carência são fixados pela legislação vigente, não podendo ser alterados por qualquer das partes.

Caso haja interesse na alteração para outra modalidade de Plano de Saúde o associado fica ciente que:

1. No caso de inclusão ou alteração para o Plano de atendimento ambulatorial, o mesmo passará a vigor após a adesão (cobertura), e que necessitando de atendimento hospitalar ou em pronto socorro, após o período consecutivo de 12 horas em observação, não terá mais cobertura para qualquer outro atendimento, procedimento, medicamentos, cirurgias ou internamento, nem isenção de honorários médicos e hospitalares, sendo de total responsabilidade do associado o pagamento de todas elas.
2. No caso de alteração para o Plano hospitalar em acomodação individual os prazos de carência necessitará ser novamente cumpridos – 06 (seis) meses – e que no caso de sinistro grave após a assinatura deste pedido e antes que a alteração seja efetivada (período de carência) no novo plano, posso ficar a descoberto (sem cobertura de internamento e cirurgia) a partir do 1º dia útil do mês subsequente a este pedido e que, neste caso, a AFA não será responsável pelos gastos de minha responsabilidade;
3. O atendimento a obstetrícia, independente da modalidade de migração, só será disponibilizado ao associado ou seu dependente após decorrido o prazo de carência de 10 meses.
4. Não haverá possibilidade de nova migração de um Plano a outro em intervalo inferior a 24 (vinte e quatro) meses para o plano somente ambulatorial. Em caso de desistência ou arrependimento da adesão a qualquer tempo e a qualquer modalidade, o associado fica ciente da obrigação de efetuar o pagamento a vista e imediato de multa equivalente a 01 (uma) mensalidade do Plano a que pertencia antes do pedido de alteração.

Independente da adesão ou migração a qualquer modalidade o associado declara estar ciente e de acordo que a AFA não será responsável pelos gastos advindos de minha opção, nem tão pouco estará obrigada a participar de negociação junto a Operadora do Plano de Saúde.

**Ciente das condições, DECLARO minha adesão ao Plano.**

(X) atendimento ambulatorial (sem direito a internamento e cirurgias)

( ) atendimento hospitalar em acomodação coletiva sem obstetrícia

( ) atendimento hospitalar em acomodação coletiva com obstetrícia

( ) atendimento hospitalar em acomodação individual sem obstetrícia

( ) atendimento hospitalar em acomodação individual com obstetrícia

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Beneficiário Inscrito: \_\_\_\_\_

Nome do Titular do Plano: \_\_\_\_\_

Assinatura do Titular: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_