

ANEXO I

Código do Contrato na Operadora: SINCOR – 3362345-0

Coparticipação: 25%* em consultas exames e procedimentos ambulatoriais de acordo com as regras estabelecidas no CONTRATO. Limitado ao Teto máximo da coparticipação: **R\$ 112,84** procedimento.

A inclusão, alteração ou atualização de procedimentos da relação de coparticipação poderá ocorrer sempre que necessário, sendo que nesse caso você será comunicado por SMS e e-mail. Você também pode consultar a relação atualizada através do nosso site: www.grupovital.com.br em download - Unimed Curitiba

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 27 de cada mês de vigência.**

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 **outubro**. Além do reajuste anual as mensalidades sofrerão reenquadramento por mudança de faixa etária. As coparticipações sofrerão reajuste na forma estabelecida no **CONTRATO**.

Abrangência geográfica: Plano Nacional com cobertura em todo o território nacional.

Insumos: Taxa de administração (mensal): **5,5%** (cinco vírgula cinco por cento) sobre o valor da mensalidade dos beneficiários titulares e dependentes (tabela UNIMED) + **R\$ 4,00**(quatro reais) por família;

Valor do SOS por pessoa: R\$ 10,38 Consulte condições gerais no link www.grupovital.com.br/site/sos-unimed

Valor do Aero médico por pessoa: R\$: 2,50.

Tipos de planos e valores: Tabela válida até setembro – 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
AMBULATORIAL	704.341/99-4	R\$ 205,04	R\$ 223,13	R\$ 223,13	R\$ 243,46	R\$ 243,46	R\$ 265,83	R\$ 485,48	R\$ 683,92	R\$ 683,93	R\$ 1.146,50
AMB HOSP ENF OBSTETRÍCIA	704.381/99-3	R\$ 418,50	R\$ 460,57	R\$ 460,57	R\$ 622,12	R\$ 622,12	R\$ 699,80	R\$ 895,71	R\$ 1.059,99	R\$ 1.059,99	R\$ 1.914,50
AMB HOSP ENFERMARIA	704.379/99-1	R\$ 275,92	R\$ 316,99	R\$ 316,99	R\$ 411,70	R\$ 411,70	R\$ 472,58	R\$ 659,00	R\$ 835,52	R\$ 835,52	R\$ 1.571,58
AMB HOSP APTO OBSTETRÍCIA	704.385/99-6	R\$ 599,56	R\$ 723,64	R\$ 723,64	R\$ 983,36	R\$ 983,36	R\$ 1.274,28	R\$ 1.274,28	R\$ 1.538,66	R\$ 1.538,66	R\$ 2.669,24
AMB HOSP APARTAMENTO	704.383/99-0	R\$ 373,96	R\$ 456,34	R\$ 456,34	R\$ 655,08	R\$ 655,08	R\$ 899,11	R\$ 899,11	R\$ 1.230,29	R\$ 1.230,29	R\$ 2.159,22

Taxa de adesão: No ato da assinatura desta proposta de adesão, o **ASSOCIADO** pagará o percentual de 50% 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 titular até a idade de 29 anos 11 meses e 30 dias.

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, (cônjuge de irmão do titular) 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.