



TERMO DE ADESÃO – INCLUSÃO
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COLETIVO POR FAIXA ETÁRIA – UNIMAX



SINPEF/RS - Sindicato dos Policiais Federais do RS, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 93.331.171/0001-84, com sede na Av. Ipiranga, 1555, sala 701, na cidade de Porto Alegre/RS, neste ato representado por seu Presidente, Sr. **Flávio José Isoton**, e o Vice Presidente Sr. **Luiz Walmocyr dos Santos Junior**, doravante denominado de COMPROMITENTE, e de outro lado o sindicalizado

_____, CPF: _____, titular do Plano, doravante denominado (a) COMPROMISSÁRIO(A), têm justo e acertado entre si as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O COMPROMITENTE firmou Contrato Coletivo por Adesão em Plano Privado de Assistência à Saúde por faixa etária - Plano Unimax _____ com a UNIMED PORTO ALEGRE - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico LTDA, tudo mediante as cláusulas e condições constantes do referido instrumento e seu aditivo contratual.

CLÁUSULA SEGUNDA - O COMPROMISSÁRIO assume, neste ato, na condição de beneficiário do plano contratado entre a UNIMED PORTO ALEGRE e o COMPROMITENTE, a obrigação, perante este, de autorizar o débito em conta nos bancos conveniados com o COMPROMITENTE (Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e SICREDIPOL), ou, na impossibilidade de débito em conta, de pagar DOC Bancário, no valor mensal correspondente à parcela de sua responsabilidade, incluindo de seus dependentes, se houver.

Parágrafo Primeiro – A parcela de responsabilidade do COMPROMISSÁRIO inclui: a(s) taxa(s) de adesão no primeiro mês, a(s) mensalidade(s) conforme número de usuários do grupo familiar e as coparticipações de consultas ou serviços utilizados no Plano;

Parágrafo Segundo - A parcela de responsabilidade do COMPROMISSÁRIO também inclui o valor de R\$4,50 mensais referente à contratação de sistema informatizado de gerenciamento de gastos, bem como de consultoria responsável pela análise de dados, apoio técnico e participação no processo de negociação com a Unimed. Esse valor suplementar foi aprovado em consulta junto aos sindicalizados usuários da Unimed, e está sendo cobrado desde abril de 2022;

Parágrafo Terceiro - A parcela de responsabilidade do COMPROMISSÁRIO inclui ainda a taxa de débito, de acordo com o banco conveniado a ser utilizado, ou a taxa emissão de boleto bancário no caso de o COMPROMISSÁRIO não ter conta corrente em nenhum dos bancos conveniados. Caso o pagamento seja através de boleto (DOC Bancário), o COMPROMITENTE deve enviá-lo ao COMPROMISSÁRIO com antecedência mínima de 02 (dois) dias da data do respectivo vencimento. Este envio é feito através do e-mail cadastrado no banco de dados do COMPROMITENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA - Caso não haja provisão de fundos para que o débito em conta ocorra no segundo dia útil de cada mês, data do vencimento, ou NÃO seja realizado o pagamento do DOC Bancário até 05 (cinco) dias após o vencimento, o COMPROMISSÁRIO está sujeito ao cancelamento do seu plano, bem como de seus dependentes, se houver.

CLÁUSULA QUARTA - Depois do cancelamento de seu plano de saúde, o COMPROMISSÁRIO que permanecer em débito com o COMPROMITENTE, está sujeito ao protesto extrajudicial após 30 (trinta) dias do vencimento e, conseqüentemente, a uma ação de execução.

CLÁUSULA QUINTA - O COMPROMISSÁRIO, após cancelamento do seu plano de saúde UNIMED e o pagamento do débito, tem o direito de retorno ao referido convênio, como também seus dependentes, tendo, contudo, que serem respeitados os prazos carenciais estabelecidos no contrato firmado entre o COMPROMITENTE e a UNIMED.

