

TERMO DE ADESÃO PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

DADOS DA OPERADORA CONTRATADA				
Nome: UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO ESTADO DO PARANÁ				Registro ANS: 312720
Endereço: RUA ANTÔNIO CAMILO	N.º: 283	Bairro: TARUMÃ	Cidade: CURITIBA	UF: PR
CNPJ: 78.339.439/0001-30	Inscrição Estadual: ISENTA	Telefone: (41) 3219-1500		
DADOS DA CONTRATANTE				
Nome: SINDIVET – SINDICATO DOS MÉDICOS VETERINÁRIOS NO ESTADO DO PARANÁ				
Endereço: RUA COMENDADOR MACEDO	N.º: 39 - 8ºAndar – CJ 82	Bairro: CENTRO	Cidade: CURITIBA	UF: PR
CNPJ: 77.583.565/0001-73	Inscrição Estadual:	Tel.: (41) 3029-0159	CEP: 80.060-030	
DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR COM ELEGIBILIDADE COMPROVADA – DADOS OBRIGATÓRIOS				
Nome completo:			CPF:	
Endereço:			Nº:	Complemento:
Nome da Mãe:		CEP:	CNS:	
Nome do Pai:		Cidade:	Bairro:	
RG:	PIS:	Telefone:	Celular:	
E-mail:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascimento: / /	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Outros				
Produto contratado e registrado na ANS, para o titular e dependentes, deverão estar na mesma acomodação: <input type="checkbox"/> 458.239/08-0 - Coletivo por adesão – Apartamento – Coparticipação de 30% <input type="checkbox"/> 459.255/08-7 - Coletivo por adesão – Enfermaria – Coparticipação de 30%				
DADOS DOS DEPENDENTES ELEGÍVEIS EM CONTRATO – DADOS OBRIGATÓRIOS				
Dependente 1:			CPF:	RG:
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /	CNS:	
Dependente 2:			CPF:	RG:
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /	CNS:	
Dependente 3:			CPF:	RG:
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /	CNS:	
Dependente 4:			CPF:	RG:
Grau de dependência: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) solteiro(a) até 35 anos incompletos <input type="checkbox"/> Neto(a) até 21 anos incompletos <input type="checkbox"/> Genro/nora				Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Telefone:	Celular:	Data nascimento: / /	CNS:	

1. DISPOSIÇÕES GERAIS.

1.1 O ASSOCIADO subscreve o presente Termo de Adesão, juntamente com a Declaração de Saúde, aderindo ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar Nacional Coletivo por Adesão com Coparticipação de 30% em consultas, exames e procedimentos ambulatoriais, firmado entre o SINDIVET – Sindicato dos Médicos Veterinários no Estado do Paraná e a UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ.

2. DA CIÊNCIA QUANTO AS CLÁUSULAS DO CONTRATO, ESPECIALMENTE AS QUE LIMITAM E EXCLUEM A COBERTURA.

2.1. Ao subscrever este termo de adesão, o ASSOCIADO declara conhecer as cláusulas e condições gerais do referido plano, concordando e anuindo a tudo quanto se ajustou no contrato.

2.2. Aos beneficiários inscritos, **é garantida a cobertura assistencial prevista na Lei Federal nº 9.656/98, LIMITADA ao rol de procedimentos** médico-hospitalares editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização delineadas em resolução normativa.

2.3. O beneficiário e seus respectivos dependentes declaram ter conhecimento da integralidade da cláusula 4.1 do aditivo contratual, onde constam as exclusões de cobertura, bem como dos prestadores expressamente excluídos, conforme cláusula 18.2 do aditivo contratual.

2.4. **Os beneficiários declaram ciência de que a Operadora de Plano de Saúde poderá divergir das prescrições dos médicos/dentistas assistentes e submeter a divergência a um terceiro desempassador, nos termos da legislação vigente.**

2.5. **Estão cientes os beneficiários de que os exames, procedimentos e tratamentos oncológicos somente serão cobertos se constarem expressamente no rol de procedimentos médico-hospitalares editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, vigente à época do evento, observadas as diretrizes de utilização delineadas em resolução normativa, inexistindo cobertura para o exame denominado PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons/tomografia computadorizada), Radioterapia na modalidade IMRT (radioterapia de intensidade modulada), Radioterapia Conformacional 3-D fora das hipóteses previstas na lista de procedimentos da ANS.**

2.6. **Declaram os beneficiários ciência de que não há cobertura para o tratamento radioterápico IGRT (radioterapia guiada por imagem) e para o ultrassom focalizado de alta intensidade (HIFU).**

2.7. **Os beneficiários estão cientes de que não há cobertura para medicamentos oncológicos (via oral), salvo aqueles previstos nas Diretrizes de Utilização da Resolução Normativa vigente na data da solicitação.**

3. DA ESPÉCIE DE CONTRATAÇÃO, DA ADESÃO AO PLANO E DA INCLUSÃO DE DEPENDENTES.

3.1. Por se tratar de plano coletivo por adesão, as pessoas jurídicas do SINDIVET – Sindicato dos Médicos Veterinários no Estado do Paraná figura como CONTRATANTE, **sendo o ASSOCIADO aderente considerado TITULAR, para todos os efeitos.**

3.2. O ASSOCIADO, na condição de TITULAR, poderá indicar como beneficiários dependentes, conforme cláusula Condições de Admissão do contrato original:

- Cônjuge;
- Os filhos (as) solteiros até 34 anos 11 meses e 29 dias;
- O enteado, desde que o pai ou mãe do mesmo entre como dependente do titular;
- A criança sob a guarda ou tutela do titular, por força de decisão judicial;
- O (A) companheiro (a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge.
- Filhos incapazes;
- Netos (as), até completar 21 anos, bem como genros e noras até 34 anos 11 meses e 29 dias, desde que o filho (a) do titular também esteja inscrito no plano na qualidade de dependente.

3.3. É assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, durante os trinta dias após o parto, sem a alegação de doença ou lesão preexistente.

3.3.1. Ultrapassando o prazo estabelecido, caso o recém-nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto na cláusula Condições de Admissão, cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento.

3.4. São documentos obrigatórios para a adesão ao plano:

Para o Titular:

- VINCULO ASSOCIATIVO ATUALIZADO DO TITULAR;**
- RG;**
- CÓPIA DO CPF; (NOME SERÁ IGUAL AO QUE CONSTA NA RECEITA FEDERAL)**
- COMPROVANTE DE RESIDENCIA ÚLTIMO MÊS VIGENTE;**
- CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE;**
- DECLARAÇÃO DE SAÚDE PREENCHIDA MANUSCRITA.**

Para os dependentes:

- RG;**
- CÓPIA DO CPF; (NOME SERÁ IGUAL AO QUE CONSTA NA RECEITA FEDERAL)**
- CNS - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE;**
- CERTIDÃO DE CASAMENTO OU ESCRITURA PÚBLICA DE CONSTITUIÇÃO DE UNIÃO ESTAVEL;**
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO QUANDO FILHOS E NETOS MENORES;**
- CÓPIA DA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA PARA COMPROVAÇÃO DE DEPENDENCIA FINANCEIRA PARA ENTEADOS, A CRIANÇA SOB A GUARDA OU TUTELA DO TITULAR POR FORÇA DE DECISÃO JUDICIAL;**
- CÓPIA DO DESPACHO DO JUIZ PARA FILHOS ADOTIVOS OU SOB GUARDA.**
- DECLARAÇÃO DE SAÚDE PREENCHIDA MANUSCRITA.**

3.5. Este pedido e as solicitações de inclusão de dependentes e alteração de titulares e dependentes que chegarem até o dia 10 de cada mês, com DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, serão analisadas e processadas com a previsão de início de vigência para o 1º dia do mês seguinte, caso todos os requisitos operacionais estejam cumpridos previamente definido entre as partes contratante (SINDIVET/PR) e contratada (Unimed PR).

3.6. Entende-se como "documentação completa" a entrega integral da cópia de todos os documentos listados no item 3.4, bem como do Termo de Ciência de CPT devidamente assinado pelo titular ou responsável legal, conforme item 5.2, nos casos de doença e/ou lesão preexistente.

3.7. Este pedido e as demais movimentações citadas no item 3.5 serão processadas para início de vigência no primeiro dia do SEGUNDO MÊS SUBSEQUENTE, se recebidas entre o dia 11 e o último dia de cada mês.

3.8. A perda, por qualquer motivo, da condição de ASSOCIADO implicará no cancelamento deste termo de adesão e o cancelamento dos beneficiários nele vinculado.

3.9. A perda da condição de elegibilidade prevista no item 3 implicará na exclusão do respectivo dependente.

4. DAS CARÊNCIAS CONTRATUAIS.

4.1. Os beneficiários inscritos cumprirão as carências constantes na cláusula XV do contrato original, contadas a partir da data de início de vigência, a saber:

CARÊNCIAS APLICÁVEIS

- Urgência e Emergência - 24 horas, limitado ao atendimento ambulatorial.
- Consultas médicas - 30 dias.
- Análises clínicas, exames anatopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 dias.
- Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional - 90 dias.
- Fisioterapias - 90 dias.
- Demais coberturas (internamento, procedimento cirúrgicos, exames de alta complexidade e etc.) - 180 dias.
- Parto a termo - 300 dias.

4.2. Fica pactuado que, no caso de ampliação de padrão de acomodação, especificamente para APARTAMENTO, não optado originalmente, OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS SUJEITAR-SE-ÃO ÀS CARÊNCIAS PREVISTAS DE 180 DIAS, A SEREM CONTADOS A PARTIR DA DATA DA AMPLIAÇÃO.

4.3. Fica estabelecido entre as partes que a ampliação de padrão de acomodação PARA APARTAMENTO, conforme previsto no item 4.2 SERÁ OBRIGATÓRIA PARA TODOS OS MEMBROS DA FAMÍLIA (TITULAR e DEPENDENTES), SENDO DEVIDA A ADEQUAÇÃO DOS VALORES DAS CONTRAPESTAÇÕES PECUNIÁRIAS A SEREM FATURADAS CONTRA O ASSOCIADO TITULAR, RELATIVAS A TODOS OS BENEFICIÁRIOS INSCRITOS, conforme tabela vigente na data da alteração, respeitando-se as cláusulas contratuais vigentes que tratam das mensalidades e respectivas coberturas.

5. DAS REGRAS DE CARÊNCIA E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT APLICÁVEIS AOS CASOS DE PORTABILIDADE (RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 438/2018 - ANS).

5.1. Nas hipóteses em que o preenchimento deste Termo de Adesão decorrer de prévia formalização de pedido de portabilidade pelo beneficiário com amparo na Resolução Normativa nº438/2018, sendo este aceito pela operadora na condição de **isenção TOTAL dos períodos de carência e isenção TOTAL do período de cobertura parcial temporária – CPT**, a cláusula 4 do presente termo será automaticamente revogada.

5.1.1. Nas hipóteses de formalização do pedido de portabilidade nos termos do Item 5.1, sendo este aceito o pedido pela operadora na condição de **isenção PARCIAL dos períodos de carência e isenção PARCIAL do período de cobertura parcial temporária – CPT** já cumpridos no plano anterior, o (s) beneficiário (s) aceito (s) cumprirá (ão) os períodos de carências e/ou cobertura parcial temporária – CPT restantes.

5.2. Considerando que a análise da portabilidade na forma prevista na Resolução Normativa nº438/2018 é realizada individualmente para cada beneficiário, poderá NÃO haver isenção de carências para todos os membros do grupo familiar.

6. DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

6.1. No momento da adesão ao plano, o ASSOCIADO deverá informar, por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes (de si e de seus dependentes) à época da adesão ao plano de saúde, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou exclusão do contrato, conforme Resolução Normativa da ANS nº 162 (e suas atualizações).

6.2. Sendo constatada, por perícia, por entrevista qualificada ou através de declaração expressa, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, o ASSOCIADO deve assinar o termo de ciência da CPT - Cobertura Parcial Temporária.

6.3. Quando identificada ou declarada a doença ou lesão preexistente, O "INÍCIO DE VIGÊNCIA" DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA CONTRATADA ESTARÁ CONDICIONADO À ENTREGA DO REFERIDO TERMO DEVIDAMENTE ASSINADO.

6.3.1. A NÃO ENTREGA DO TERMO DE CIÊNCIA DA CPT - COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA TORNA SEM EFEITO O PRESENTE INSTRUMENTO E EXIME A OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE DE QUALQUER OBRIGAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, POIS, NESTA HIPÓTESE, CONSTITUI-SE REQUISITO INDISPENSÁVEL PARA A INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS.

6.4. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de início de vigência, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal ou constatadas na perícia.

7. DO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES E DOS REAJUSTES APLICÁVEIS

7.1. O ASSOCIADO titular obriga-se a pagar à UNIMED, por beneficiário inscrito, observada a hipótese do item 7.4, os valores mencionados da Tabela abaixo, constantes também do contrato firmado com o SINDIVET – Sindicato dos Médicos Veterinários no Estado do Paraná, a título de mensalidade, em pré-pagamento, que serão estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano.

7.2. O ASSOCIADO titular está plenamente ciente de que, ocorrendo alteração na idade de quaisquer dos beneficiários inscritos, que importe em deslocamento para faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário, conforme os percentuais e valores estipulados na tabela a seguir:

Tabela de valores por faixa etária

Faixa Etária	Titular e 1 dependente	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 191,43	R\$ 252,62
19-23	R\$ 218,10	R\$ 287,58
24-28	R\$ 269,32	R\$ 354,68
29-33	R\$ 293,31	R\$ 386,22
34-38	R\$ 316,70	R\$ 416,89
39-43	R\$ 362,25	R\$ 476,69
44-48	R\$ 384,12	R\$ 505,51
49-53	R\$ 469,42	R\$ 616,85
54-58	R\$ 651,21	R\$ 854,11
>59	R\$ 782,41	R\$ 1.024,70

Faixa Etária	Titular e 2 dependentes	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 168,82	R\$ 222,58
19-23	R\$ 192,19	R\$ 253,19
24-28	R\$ 236,98	R\$ 311,89
29-33	R\$ 258,00	R\$ 339,46
34-38	R\$ 278,45	R\$ 366,32
39-43	R\$ 318,37	R\$ 418,75
44-48	R\$ 337,40	R\$ 443,92
49-53	R\$ 412,15	R\$ 541,36
54-58	R\$ 571,15	R\$ 748,85
>59	R\$ 686,00	R\$ 898,18

Faixa Etária	Titular e 3 ou mais dependentes	
	Enfermaria	Apartamento
00-18	R\$ 146,32	R\$ 192,59
19-23	R\$ 166,33	R\$ 218,78
24-28	R\$ 204,69	R\$ 269,12
29-33	R\$ 222,70	R\$ 292,79
34-38	R\$ 240,24	R\$ 315,78
39-43	R\$ 274,40	R\$ 360,67
44-48	R\$ 290,80	R\$ 382,28
49-53	R\$ 354,76	R\$ 465,80
54-58	R\$ 491,16	R\$ 643,72
>59	R\$ 589,55	R\$ 772,91

7.3. A tabela acima está sujeita a alteração, caso CONTRATANTE (SINDIVET/PR) e CONTRATADA (Unimed PR) negociem reajuste em período posterior à assinatura do presente termo e o início de vigência deste ocorra após tal negociação, haja vista o lapso de tempo previsto nos itens 3.4 e 3.6.

7.4. O ASSOCIADO titular assume também a integral e exclusiva responsabilidade de pagar diretamente à UNIMED, além do valor correspondente às mensalidades, as despesas que lhe couberem em face de regime coparticipativo, estabelecido contratualmente.

7.5. Sem prejuízo do disposto no item 7, O ASSOCIADO titular declara-se plenamente ciente e concorda que o REAJUSTAMENTO ANUAL DAS MENSALIDADES DO CONTRATO OCORRERÁ SEMPRE NO MÊS DE MAIO DO CONTRATO FIRMADO COM O SINDIVET/PR, independente da data de inclusão dos beneficiários e da assinatura dos Termos de Adesão.

8. DA RESCISÃO CONTRATUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

8.1. O ASSOCIADO titular declara plena ciência de que, na hipótese de rescisão contratual entre o SINDIVET – Sindicato dos Médicos Veterinários no Estado do Paraná e a UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ, terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados da rescisão, para contratar um plano individual ou familiar, com reaproveitamentos das carências cumpridas neste contrato.

9. DA FALTA DE PAGAMENTO DAS MENSALIDADES E SUAS CONSEQUÊNCIAS – DA SOLICITAÇÃO DA SEGUNDA VIA DO CARTÃO.

9.1. O atraso no pagamento da mensalidade, ou do valor correspondente a qualquer encargo contratado, acarretará, o ASSOCIADO titular e respectivos beneficiários dependentes inscritos, a suspensão da prestação dos serviços.

9.2. O atraso no pagamento das mensalidades ou da coparticipação, por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou alternados, nos últimos 12 (doze) meses, implicará na rescisão do Termo de Adesão, sendo excluídos do plano o ASSOCIADO titular e seus dependentes nele inscritos.

9.3. Nos termos da legislação vigente, o cancelamento do plano por inadimplência será precedido de notificação ao responsável pagador, podendo ser encaminhada em meio físico, por ligação gravada, e/ou por meio eletrônico (e-mail, SMS, WhatsApp, Messenger ou outro aplicativo que permitem a troca de mensagens criptografadas).

9.4. O cancelamento do presente Termo de Adesão, qualquer que tenha sido o seu motivo, não inibe a cobrança das despesas o ASSOCIADO titular, ou de seus dependentes inscritos, realizados após o cancelamento, quando não houver a devolução do cartão de identificação (carteirinha do plano).

9.5. Quando solicitada a segunda via do cartão individual de identificação (carteirinha do plano), será cobrado à taxa no valor de R\$ 8,00 (oito reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na cláusula de reajustes de preços, citada na cláusula 19.3 do contrato.

10. DO CANCELAMENTO DO PLANO E DA EXCLUSÃO DE DEPENDENTES.

10.1. Solicitações de cancelamento do plano ou de exclusão de dependente podem ser feitas presencialmente, na sede da Unimed PR, ou pelo telefone: 0800 041 4554 (24 horas por dia).

10.2. Cabe tão somente à CONTRATANTE e ao ASSOCIADO TITULAR solicitar o cancelamento do plano ou a exclusão de seus dependentes.

10.3. A permanência do grupo familiar dependerá da participação do titular no plano e, portanto, o pedido de exclusão do titular implica na saída de todos os seus respectivos dependentes.

11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1. O preenchimento deste termo de adesão não garante adesão imediata.

11.2. Para saber a situação do plano, deve o titular consultar o SINDIVET/PR.

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e representam a boa-fé, entre ASSOCIADO e contratada. Todas as informações podem ser comprovadas através de documentos, anexos, e disponíveis a qualquer tempo.

E, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente termo de adesão, em duas vias de igual teor e forma, para que produza os efeitos desejados, passando e integrar o contrato coletivo por adesão, mencionado no preâmbulo.

UNIMED PR **ASSOCIADO ADERENTE** **SINDIVET**

OPÇÕES DE PAGAMENTO**OBS: O VENCIMENTO SERÁ FIXO PARA TODO DIA 15 DE CADA MÊS** BOLETO BANCÁRIO

Autorizo o envio de boletos referente ao plano de saúde contratado.

Assinatura do ASSOCIADO DÉBITO AUTOMÁTICO**DADOS PARA O DÉBITO AUTOMÁTICO** ITAÚ BANCO DO BRASIL SANTANDER

AGÊNCIA - DV:	CONTA CORRENTE - DV:
NOME DO ASSOCIADO (A) TITULAR:	
NOME COMPLETO DO CORRENTISTA:	CPF DO CORRENTISTA:

Autorizo que sejam debitados, na conta corrente informada acima, todos os valores relativos ao plano de saúde contratado junto a Unimed do Paraná – Federação Estadual das Cooperativas Médicas.**Os dados acima por mim informados são verdadeiros.**

ATENÇÃO: alertamos ao fato de que o preenchimento deste termo corresponde meramente à manifestação de vontade do signatário e que a efetiva adesão ao plano estava condicionada ao cumprimento integral dos itens 3.3, 3.4 e 3.5. e à apresentação do Termo de Ciência de CPT - Cobertura Parcial Temporária devidamente assinado, este último conforme o caso. Desta forma, informamos que o presente instrumento inicia a sua vigência em __/__/__, uma vez que recebemos toda a documentação necessária apenas em __/__/__. (Vide itens 3.4 a 3.6).

Unimed Paraná2. _____
UNIMED PR_____
ASSOCIADO ADERENTE_____
SINDIVET