



FICHA DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DE PLANO DE SAÚDE – FASPRA-UNIMED

I – DADOS PESSOAIS

1. Nome Completo: _____	
2. Estado Civil: _____	
3. Graduação/Posto: _____	4. CPF: _____
5. TELEFONES _____ / _____	
6. Endereço: _____	
7. CEP: _____	8. E-MAIL: _____
9. Data Inclusão: ___ / ___ / ___	10. Data Nascimento: ___ / ___ / ___
11. Unidade de Lotação: _____	

II – DADOS BANCÁRIOS E MATRÍCULA FUNCIONAL

1. Banco: _____ Agência: _____ Conta corrente: _____
2. Matrícula Funcional (NOVA): _____

III – DADOS DOS DEPENDENTES (CONJUGE E FILHOS)

Item	Nome	Parentesco	Data/Nasc.
01			
02			
03			
04			
05			

A FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PRAÇAS MILITARES DO ESTADO DO TOCANTINS - FASPRA-TO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ (MF) sob o nº 24.453.402/0001-00, com sede na Quadra 208 SUL, AVENIDA NS-03, LOTE 12, SALA 01, PLANO DIRETOR SUL, CEP: 77020-542, PALMAS-TO; através de seu Presidente, *in fini* assinado, **EVERTON CARDOSO DIAS SOARES**, brasileiro, Casado, Militar, inscrito no CPF (MF) nº 017.263.571-39, residente em Palmas-TO, juntamente com o militar qualificado acima, para fins de adesão do plano de saúde da FASPRA-TO, celebram o presente contrato, com as seguintes cláusulas:

1ª. O militar acima qualificado, ora denominado de CONTRATANTE, autoriza débito em conta corrente ou na folha de pagamento do Estado, bem como, junto à folha de pagamento do Instituto de Previdência do Estado (IGEPREV/TO) para a cobrança da mensalidade, cujo valor consta da “tabela com valores” (anexa) de



acordo com a faixa etária do (s) usuário (s), sendo acrescido a esse valor, **R\$ 2,00 (dois reais)** por vida contratada a título de taxa administrativa.

Parágrafo único – Para tanto o Contratante pagará no ato de assinatura do presente, o valor da **primeira mensalidade** acrescido da **taxa de adesão no valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais)** através de boleto ou depósito bancário, bem como fornecerá para as mensalidades subsequentes, Autorização de Inclusão de Consignação (**AIC**) atual.

2ª. O Contratante, desde já, autoriza também, a efetivação de outros débitos referentes a **coparticipações mensais e demais convênios**, usados por ele ou por seus dependentes legais, acima descritos, para serem depositados em favor da Contratada.

3ª. Se por alguma razão o desconto acima (**convênios**) não for efetivado na data prevista, o contratante se obriga a fazê-lo através de depósito bancário na conta corrente **82994-3** agência **0911** Banco (748) Sicredi, em nome da FASPRA-TO, no prazo de **05** dias úteis, sob pena de pagar à Contratada uma multa de **2%** (dois por cento) do valor devido e ainda uma taxa de juro mensal de **5%** (cinco por cento), além da suspensão do uso do convênio até sua adimplência. Neste caso o contratante será cobrado judicialmente, caso não regularize dentro do prazo estipulado, podendo também ser protestado.

4ª. Se o Contratante não cumprir **as obrigações assumidas nos termos deste contrato (pagamentos das mensalidades)** no prazo de 90 (noventa) dias, ou deixar de pagar até 03 (três) mensalidades, consecutivas ou não, será notificado extrajudicialmente, tendo todo seu acesso ao plano contratado, suspenso, acarretando extinção do contrato de prestação de serviço; ficando, desde logo, obrigado a devolver o cartão do Plano (se houver), além de outros bens da contratada, que esteja em sua posse.

5ª. O militar contratante que se *desligar voluntariamente*, e que queira retornar o contrato, deverá obedecer aos prazos de carência conforme contrato da administradora do plano.

6ª. O militar contratante se submeterá ao período de carência conforme o contrato do plano escolhido, conforme as regras da administradora do plano.

7º. Todos os prazos são contados a partir da assinatura do contrato.

8º. Em caso de necessidade de uso dos serviços a que se refere este item, dentro do período de carência, o contratante só poderá utilizar o serviço de acordo com as regras do contrato da administradora do plano.

9º. Em caso de *desfiliação voluntária*, em que o contratante usufruir de qualquer serviço prestado pela Contratada, deixando resíduo de pagamento, a contratada, após notifica-lo extrajudicialmente, tomará as medidas judiciais e administrativas cabíveis, sendo que, a inadimplência é causa de impedimento de nova filiação.

10º. O valor das mensalidades calculadas pela tesouraria na forma das **cláusulas anteriores**, a critério e conveniência do presidente, poderá ser parcelado



em valores iguais e sucessivos em quantas vezes for necessária ao fiel pagamento e cumprimento das prestações, através de contrato próprio.

11ª. O Presente contrato tem duração por prazo indeterminado.

12ª. Em nenhuma hipótese a associação contratada se obriga ao pagamento relacionado ao contrato de prestação de serviços distintos do contrato em anexo assinado junto a administradora do Plano, em caso de contrato por conta e risco do militar contratante, sem autorização expressa do Diretor Presidente da Contratada. Igualmente, a contratada não se obriga a pagar, salvo acordo firmado entre as partes e o Diretor Presidente.

13ª. Fica eleito o foro da Comarca de Palmas-TO, sem privilégio de qualquer outro, para dirimir qualquer dúvida referente a esse contrato.

14ª. E por estarem às partes assim contratadas, firmam o presente contrato particular em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas que conhecimento tiveram ou a tudo presenciaram, declarando o Contratante estar ciente do Estatuto e demais normas que regem a Contratada, obrigando-se a cumpri-los.

15º. Fica estipulado o valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) de taxa de adesão, a ser feito o pagamento na conta indicada no item 3.

Palmas-TO. ____ de _____ 20 ____.

Militar – Contratante

FASPRA-TO– Contratada

Responsável entidade vinculada (primeira testemunha)

Segunda Testemunha

DECLARO QUE SOU FILIADO A ENTIDADES VINCULADAS A FASPRA-TO E QUE ME ENCONTRO COM MINHAS OBRIGAÇÕES ESTATUTARIAS EM DIA MILITAR CONTRATANTE/ASSOCIADO



Gurupi – TO, _____ de _____ de 20_____.

Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____, servidor público junto ao Estado do Tocantins, filiado a Associação _____ declaro que após tomar conhecimento – através do Anexo I à este documento - de todas as modalidades e condições dos contratos de Plano de Assistência à Saúde Médica que a Unimed Gurupi Cooperativa de Trabalho Médico disponibiliza, opto pela modalidade de contrato:

- () UNI ADESÃO **ESTADUAL** COM COPARTICIPAÇÃO ENFERMARIA
- () UNI MASTER ADESÃO **(NACIONAL)** COM COPARTICIPAÇÃO **ENFERMARIA**
- () UNI MASTER ADESÃO **(NACIONAL)** COM COPARTICIPAÇÃO **APARTAMENTO**

DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	
CPF	RG	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	(*) ESTADO CIVIL
E-mail	TELEFONE RESIDENCIAL ()	TELEFONE CELULAR ()	

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dep. 1	NOME COMPLETO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	
Dep. 2	NOME COMPLETO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	
Dep. 3	NOME COMPLETO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	
Dep. 4	NOME COMPLETO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	
Dep. 5	NOME COMPLETO			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	

(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

GRAU DE PARENTESCO	ESTADO CIVIL
Esposo(a) Companheiro(a) Filho(a) Enteadado(a) Outros (<i>especificar</i>)	Solteiro Casado União Estável Separado Viúvo

Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos seguintes documentos (do titular e seus dependentes):

- ➔ CPF e RG (do titular e dependentes);
- ➔ Certidão de Casamento ou Declaração de União estável;
- ➔ Certidão de Nascimento e CPF (crianças);
- ➔ Comprovante de residência (do titular);
- ➔ Informar telefone de contato e e-mail.

DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a. Tomei conhecimento do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes.**
- b. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- c. Tomei conhecimento que as **substituições de prestadores** não hospitalares da rede assistencial, como demais informações pertinentes ao atendimento do meu plano ficarão disponíveis no site <https://www.unimed.coop.br/web/gurupi>
- d. Recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor.
- e. Declaro ainda que as **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.
- f. Declaro também, que recebi uma via do contrato ao qual optei por fazer adesão, e que informarei aos meus dependentes as condições ora contratadas.

Estou ciente que:

- a. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- b. A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: <https://www.unimed.coop.br/web/gurupi> no Canal do Beneficiário; e o acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano no Canal do Titular.
- c. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

ASSINATURA DO TITULAR

CARIMBO E ASSINATURA CONTRATANTE

ANEXO I

À: FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PRAÇAS MILITARES DO ESTADO DO TOCANTINS – FASPRA/TO

TIPOS DE PLANOS:

1 - UNI ADESÃO ESTADUAL (ESTADO DO TOCANTINS) COM COPARTICIPAÇÃO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Assistência Médica compreendida neste contrato será realizada por Médicos, Clínicas, Laboratórios e Hospitais, desde que realizados na rede básica credenciada ao Sistema Unimed no Estado do Tocantins, *excluídos os Hospitais considerados de Alto-Custo ou Tabela Própria*.

SISTEMA DE CONTRATAÇÃO: **Mensalidade pré-fixada + coparticipação:** Sobre este sistema de contratação o beneficiário terá uma pequena participação financeira mediante *consultas, terapias básicas e exames básicos*, com base na tabela referencial CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), e / ou negociações com prestadores mais taxa de administração além da mensalidade, sendo que esta participação será cobrada através de boletos bancários emitidos pela Unimed Gurupi.

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO

- ➔ Consultas médicas **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Exames básicos **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Exames e procedimentos especiais ou ambulatoriais **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI Franquia R\$ 300,00

TIPO DE ACOMODAÇÃO:

1 - Enfermaria – (A) Quarto coletivo – ou seja, mais de um paciente no mesmo quarto.

2 - UNI MASTER ADESÃO (NACIONAL) COM COPARTICIPAÇÃO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Assistência Médica compreendida neste contrato será realizada por Médicos, Clínicas, Laboratórios e Hospitais, desde que realizados na rede básica credenciada ao Sistema Unimed, *excluídos os Hospitais considerados de Alto-Custo ou Tabela Própria, como Sírio Libanês, Albert Einstein, entre outros*.

SISTEMA DE CONTRATAÇÃO: **Mensalidade pré-fixada + coparticipação:** Sobre este sistema de contratação o beneficiário terá uma pequena participação financeira mediante *consultas, terapias básicas e exames básicos*, com base na tabela referencial CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), e / ou negociações com prestadores mais taxa de administração além da mensalidade, sendo que esta participação será cobrada através de boletos bancários emitidos pela Unimed Gurupi.

SISTEMA DE COPARTICIPAÇÃO

- ➔ Consultas médicas **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Exames básicos **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Exames e procedimentos especiais ou ambulatoriais **35%** tabela (CBHPM)
- ➔ Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI Franquia R\$ 300,00

TIPO DE ACOMODAÇÃO:

- 1 - Enfermaria – (A) Quarto coletivo – ou seja, mais de um paciente no mesmo quarto.
- 2 – Apartamento – (B) Quarto privativo com direito a acompanhante.

Itens comuns nos tipos de Planos – Estadual e Nacional:

COBERTURAS: - Todos os procedimentos na área médica que constem no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Abaixo citaremos alguns exemplos:

01- AMBULATORIAL

Consultas médicas em todas as especialidades.
Exames Básicos de Diagnósticos
Exames Especiais de Diagnósticos
Procedimentos Especiais.
Procedimentos Ambulatoriais.

02- HOSPITALAR

Internações Clínicas.
Internações Cirúrgicas
UTI / AIDES/ psiquiatria
Transplantes de córnea, rim e medula óssea

03-OBSTÉTRICA

Parto normal e cesariano

COBERTURAS ADICIONAIS

- ➔ UTI AÉREA – (Remoção de UTI por indicação do Médico Cooperado Assistente).

CARÊNCIA

- ➔ 24 horas - atendimento de urgência e emergência (com as 12 – doze – primeiras horas cobertas pela Operadora do Plano de Saúde)
- ➔ 30 dias (1 mês) – Consultas e exames básicos
- ➔ 180 dias (6 meses) – Exames e procedimentos especiais
- ➔ 180 dias (6 meses) – Internações clínicas e cirúrgicas
- ➔ 300 dias (10 meses) – Parto normal ou cesárea
- ➔ 730 dias (2 anos) – Cirurgia e tratamento de doenças ou lesões preexistentes

Obs.: As carências serão zeradas, se no ato da assinatura do contrato houver um número igual ou superior a 30 (tinta) vidas.