

✚ O SINDICATO DOS TRABALHADORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA TÉCNICA E TECNOLÓGICA DO ESTADO DO PARANÁ – SINDIEDUTEC-PR, em parceria com a **UNIMED CURITIBA**, está disponibilizando aos seus filiados a cobertura do Plano de Saúde UNIMED, dentro dos parâmetros estabelecidos pela Lei 9656/98, com grande diferencial de custos e **SEM CARÊNCIA na entrada** para titulares e seus dependentes até 30 dias do prazo da adesão do titular.

✚ O produto em questão é o **PRODUTO NACIONAL UNIMED. Veja no site da Unimed relação de especialista de sua região**

LEIA COM A TENÇÃO: Convênio Saúde: Plano Amigo Nacional. Cooperativa Unimed Curitiba. A Clausula de Reajuste é definida pela sinistralidade de 70%, ou seja, o reajuste anual é automático e equivale ao que ultrapassar em 70 da receita. A entrada é sem carência, até o trigésimo dia da adesão (no caso de casamento, até 30 dias após a data do mesmo e no caso de nascimento até 30 dias do registro do nascimento). Após esta data, toda entrada será com carência. Alterações durante a vigência do contrato também está sujeita à mesma regra de carência. Dependentes são o cônjuge e filhos até 35 anos. O Plano é com co-participação de 25%. Exames de alto custo e internamentos são totalmente cobertos pelo plano. O valor da co-participação é pago pelo Sindicato e somente repassado ao filiado na fatura do mês seguinte ao faturado pela Unimed. Inclusões, alterações ou exclusões no sistema da Unimed é de responsabilidade do Sindicato. O prazo para acesso dos filiados é sempre até o dia vinte de cada mês. Até o dia 25 de cada mês o Sindicato deve executar todas as movimentações solicitadas. A Unimed ou o Sindicato não se responsabilizam por qualquer movimentação após o dia 25 do mês. O Sindicato disponibiliza Sistema informatizado (Sisedutec) on line, na página da Entidade. O filiado terá senha de acesso pessoal e intransferível para acesso ao Sistema e qualquer movimentação ou alteração nas condições do Convênio em sua conta será de sua inteira responsabilidade. A validade das alterações é sempre para o primeiro dia do mês seguinte ao registro e processamento do pedido do interessado. A tabela é composta da mensalidade repassada para a Unimed e taxa recolhida de 5,5% sobre a mensalidade para gerência do convênio, calculado sobre todos os valores lançados na fatura mensal da Unimed (mensalidade, co-participação e acertos diversos) e pago integralmente pelo Sindicato até o dia 15 de cada mês, após arrecadação dos seus filiados. A taxa de adesão (primeira mensalidade) compõe a tabela de mensalidades divulgada e tem o mesmo reajuste anual previsto para a mensalidade sendo este valor totalmente repassado para a Unimed.

FORMA DE PAGAMENTO: O pagamento deve ser feito OBRIGATORIAMENTE através de autorização em contra cheque, conforme definição Estatutária. Enquanto não for possível esta modalidade, OBRIGATORIAMENTE através de debito automático em conta do Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal. Excepcionalmente, o Sindicato poderá aceitar a emissão de boleto para o pagamento. Neste caso, o vencimento será sempre no dia 10 de cada mês ou dia útil seguinte. As opções débito automático em conta corrente ou emissão de boletos tem custos contratuais com os bancos que serão repassados para o usuário do convênio. O não pagamento do boleto até a data do vencimento implicará em multa de 2% e juro de mora de 0,033% ao dia. Além disso, o boleto vencido só poderá ser pago no caixa da agência da Caixa Econômica Federal ou em data escolhida pelo filiado que solicitará ao Sindicato emissão de novo boleto com a devida correção prevista. O não pagamento de duas mensalidades ou boleto com atraso de mais de 60 dias implicará na imediata exclusão do convênio, **sem necessidade de aviso prévio**. A exclusão de qualquer convênio por falta de pagamento implica à submissão das regras das operadoras dos mesmos, quanto a carências e outras obrigações.

✚ **Co-participação de 25% (vinte e cinco por cento) somente para consultas e exames de baixo custo. Os procedimentos de alto custo como e internações serão custeados pela UNIMED.**

IMPORTANTE: A opção **SÓ** "AMBULATORIAL" não dá direito à consultas eletivas e exames. **Dependentes Legais: Titular, cônjuge e filhos até 35 anos**

O "**RESSARCIMENTO**" não é responsabilidade do Sindicato. Veja informações em www.sindiedutec.org.br, no link "Convênios". Mas dúvidas, inclusão ou qualquer outra informação sobre este assunto, consulte a unidade de Recursos Humanos de sua Unidade.

A opção deve ser feita diretamente no site (www.sindiedutec.org.br) no link "Serviços Online"

O filiado, ao optar pelo convênio Unimed declara ter conhecimento pleno das regras acima e se compromete a cumprí-las em sua integralidade.

TABELA DE PREÇO

VALIDADE - JULHO DE 2017 a JUNHO 2018		Taxa de adesão: R\$ 29,63									
PLANO	CÓD	FAIXA ETÁRIA / R\$									
		00-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59 >
AMBULATORIAL	1081	93,18	101,38	101,38	110,64	110,64	120,81	220,60	310,79	310,79	520,92
Custos Adm		5,49	5,94	5,94	6,45	6,45	7,01	12,50	17,46	17,46	29,01
SOS FONE/EMERGÊNCIA		6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59
Total		104,90	113,54	113,54	123,33	123,33	134,03	239,32	334,48	334,48	556,16
AMB HOSP ENF SEM OBST.	1083	119,62	137,41	137,41	178,47	178,47	204,87	285,70	362,23	362,23	681,41
Custos Adm		6,94	7,92	7,92	10,18	10,18	11,63	16,08	20,29	20,29	37,84
SOS FONE/EMERGÊNCIA		6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59
Total		132,78	151,56	151,56	194,88	194,88	222,74	308,00	388,76	388,76	725,48
AMB HOSP ENF COM OBST.	1082	191,74	211,00	211,00	285,05	285,05	320,62	410,35	485,63	485,63	877,22
Custos Adm		10,91	11,97	11,97	16,04	16,04	18,00	22,93	27,07	27,07	48,61
SOS FONE/EMERGÊNCIA		6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59
Total		208,88	229,19	229,19	307,31	307,31	344,84	439,51	518,94	518,94	932,04
AMB HOSP APTO SEM OBST.	1085	165,08	201,45	201,45	289,19	289,19	396,88	396,88	543,04	543,04	953,11
Custos Adm		9,44	11,44	11,44	16,27	16,27	22,19	22,19	30,23	30,23	52,78
SOS FONE/EMERGÊNCIA		6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59
Total		180,75	219,10	219,10	311,67	311,67	425,30	425,30	579,49	579,49	1.012,13
AMB HOSP APTO COM OBST.	1084	264,68	319,48	319,48	434,18	434,18	562,61	562,61	679,30	679,30	1.178,44
Custos Adm		14,92	17,93	17,93	24,24	24,24	31,31	31,31	37,72	37,72	65,18
SOS FONE/EMERGÊNCIA		6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59	6,59
Total		285,83	343,65	343,65	464,64	464,64	600,13	600,13	723,24	723,24	1.249,85