

**TERMO DE ADESÃO  
ASSOCIADO ABO-PR**

Venc. 1ª mensalidade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dia de vencimento: \_\_\_\_

Início de vigência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARTES CONTRATANTES**

**Associado ABO/PR**

**CRO/PR N°** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de Expedição: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fone Res.: \_\_\_\_\_ Fone Com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - SEÇÃO PARANÁ (a “ABO-PR”)**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ: 76.677.145/0001-93, com sede na Rua Dias da Rocha Filho, 625, Curitiba – PR.

**1.** O Associado da ABO-PR titular (o “Associado”) subscreve o presente Termo de Adesão (o “Termo de Adesão”) ao Plano de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo por Adesão (o “Plano”) firmado entre a ABO-PR e a Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos de Curitiba e Região Metropolitana – (a “UNIMED CURITIBA”).

**2.** Ao subscrever este Termo de Adesão, o Associado, em nome próprio e de seus dependentes, declara conhecer as cláusulas e condições gerais do referido Plano, concordando e anuindo ao que nele foi ajustado.

**3.** O Associado, em nome próprio e de seus dependentes, declara reconhecer e concordar com todos os serviços de gerenciamento de recursos, intermediação, controle dos pagamentos e cobranças prestados pela ABO-PR.

**Beneficiários**

**4.** O Associado poderá indicar como beneficiários dependentes (os “Dependentes”) (cláusula 22.<sup>a</sup> Unimed e a ABO-PR – aditivo n.º 001/2012):

- a) Cônjuge;
- b) Os filhos(as) solteiros até 35 anos incompletos;
- c) O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) Os filhos comprovadamente inválidos, sem limite de idade;

## **Valores das mensalidades**

5. O Associado da ABO-PR titular obriga-se a pagar à UNIMED, por beneficiário inscrito, os valores constantes do contrato firmado com a ABO-PR – Associação Brasileira de Odontologia – Seção Paraná e UNIMED, a título de mensalidade, em pré-pagamento, que serão estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito no plano. Está plenamente ciente de que ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos, que importe em deslocamento para faixa superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário conforme os percentuais / valores estipulados.

## **Rescisão contratual**

6. O Associado da ABO-PR titular declara ter plena ciência de que na hipótese de rescisão contratual entre a ABO-PR Associação Brasileira de Odontologia - Seção Paraná e a Unimed Curitiba, terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados da rescisão, para contratar um plano individual ou familiar, com reaproveitamento das carências cumpridas neste Termo.

6.1. A perda, por qualquer motivo, da condição de Associado da ABO-PR implicará no cancelamento deste termo de adesão e no cancelamento dos beneficiários nele vinculados.

6.1.1. A falta de quitação da anuidade da ABO-PR até a data final prevista para pagamento parcelado, no respectivo ano, implicará no cancelamento do presente Termo.

6.1.2. Na hipótese de solicitação de cancelamento do Plano Unimed, o associado estando com sua Anuidade do ano corrente em aberto, deverá quitar a mesma, para a efetivação deste cancelamento.

6.1.3. Uma vez cancelado o Plano de Saúde pela falta de pagamento da mensalidade em atraso, poderá aderir ao mesmo novamente sem carência, somente na próxima campanha sem carências, em virtude de haver campanhas com carências.

6.1.4. O cancelamento do presente Termo de Adesão, qualquer que tenha sido o seu motivo, não inibe a cobrança das despesas do Associado da ABO-PR titular, ou de seus dependentes inscritos, realizadas após o cancelamento, quando não houver a devolução do cartão de identificação (carteirinha do plano).

6.1.5. Caso deseje rescindir o presente Termo, o(a) beneficiário(a) titular deverá comunicar a ABO-PR até o dia 15 (quinze) do mês, através de formulário próprio de solicitação de cancelamento preenchido e devidamente assinado, solicitando a devolução do valor pago como garantia com as devidas correções, desde que esteja em dia com suas mensalidades. Caso o pedido de rescisão seja efetuado após o dia 15 (quinze), será gerada cobrança de mensalidade.

## **Pagamento**

7. O Associado da ABO-PR se obriga a pagar a mensalidade pontualmente até o dia 10 de cada mês, sendo que o pagamento após o vencimento implicará na cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o

valor devido, mais juros de mora diários no percentual de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) acrescidos de correção monetária de acordo com a variação do IGP-M/FGV.

**7.1.** Na hipótese do não recebimento do boleto via correios, o beneficiário poderá acessar o boleto no site da ABO através do endereço: <https://unimed.abopr.org.br/>. NÃO SERÃO ACEITOS DEPOSITOS OU TRANSFERENCIAS BANCARIAS.

**7.1.1.** O atraso no pagamento da mensalidade num período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que notificado previamente até o quinquagésimo dia, implicará a rescisão do Termo de Adesão, sendo excluídos do plano o associado da ABO-PR titular e seus dependentes nele inscritos.

**7.1.2.** O atraso no pagamento da mensalidade do plano por mais de 4 (quatro) vezes (não importando a duração do atraso) durante um período de 12 (doze) meses contados da primeira impontualidade, desde que, notificado, não pague a totalidade do débito (inclusive juros, multas e taxas) no prazo improrrogável de 3 (três) dias úteis implicará a rescisão do Termo de Adesão, sendo excluídos do plano o associado da ABO-PR titular e seus dependentes nele inscritos.

**7.1.3.** A falta de quitação da anuidade da ABO-PR até a data final prevista para pagamento parcelado, no respectivo ano, desde que, notificado, não pague no prazo improrrogável de 3 (três) dias úteis implicará a rescisão do Termo de Adesão, sendo excluídos do plano o associado da ABO-PR titular e seus dependentes nele inscritos.

**7.1.4.** O Contratante concorda que na hipótese de Inadimplência, além da exclusão do plano, a CONTRATADA poderá inscrever seu nome junto aos cadastros de inadimplência da Associação Comercial do Paraná, SCPC – Serviço Central de Proteção ao Crédito, após notificação para pagamento.

**7.1.5.** Com o pagamento das parcelas inadimplidas, a CONTRATADA se obriga a providenciar a retirada da inscrição no prazo de 10 dias.

**7.2.** Havendo necessidade de cobrança administrativa ou judicial dos valores em atraso, caberá ao associado da ABO-PR inadimplente, além das demais penalidades impostas pelo presente e pelo contrato firmado entre a ABO-PR e a UNIMED, arcar com “Taxa de Cobrança” no valor de R\$90,00, corrigido monetariamente a cada 12 meses de acordo com a variação do IGP-M/FGV.

**7.2.1.** A cobrança administrativa ou judicial (fato gerador da Taxa de Cobrança), bem como a inscrição do nome do associado da ABO-PR nos órgãos de cadastro de inadimplentes, está autorizada no caso de mora superior a 5 (cinco) dias úteis.

**7.2.2.** A Taxa de Cobrança não será deduzida ou compensada com custas e/ou honorários de sucumbência.

## **Carências**

**8.** O beneficiário tem ciência de que há carências para doenças preexistentes (24 meses) e para obstetrícia (10 meses) e as demais constantes do contrato celebrado entre a Unimed Curitiba e a ABO-PR, o qual se encontra disponível no link: [www.abopr.org.br/Contrato\\_Unimed.pdf](http://www.abopr.org.br/Contrato_Unimed.pdf).

**8.1.** O beneficiário, se desejar, pode solicitar a relação de carências de forma impressa no ato da assinatura deste termo.

## **Prazo de entrega do Contrato**

9. O Termo de Adesão deverá ser entregue na ABO-PR até o dia 15 de cada mês para que tenha seu início de vigência a partir do 1.º dia do mês subsequente.

## **Reajuste das mensalidades**

10. Sem prejuízo do disposto nos itens anteriores, o Associado da ABO-PR titular declara-se plenamente ciente e concorda que o REAJUSTAMENTO ANUAL DAS MENSALIDADES DO CONTRATO OCORRERÁ SEMPRE NO MÊS CORRESPONDENTE AO ANIVERSÁRIO DO CONTRATO FIRMADO ENTRE A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - SEÇÃO PARANÁ E A UNIMED CURITIBA, independente da data de inclusão dos beneficiários e da assinatura do Termo de Adesão.

## **Encargos Operacionais**

11. O associado concorda com o pagamento dos encargos operacionais, por vida (titular e dependente), cobrados mensalmente via Boleto Bancário, no valor de R\$ 17,62 (dezesete reais e sessenta e dois centavos) cada, sendo o valor máximo a ser cobrado R\$ 176,26 (cento e setenta e seis reais e vinte e seis centavos), os quais poderão ser reajustados na mesma época e no mesmo percentual que o do plano de saúde, o qual se destina a custear a inclusão de novos usuários e dependentes, administração dos recursos, manutenção de software, controle dos pagamentos das mensalidades, envio de cartões, envio de correspondências diversas, envio de boletos bancários, os quais são realizados pela ABO-PR.

## **Garantia do contrato**

12. O associado pagará, no ato da assinatura deste Termo, o valor equivalente ao de uma mensalidade do plano contratado, a título de **Fundo de Reserva** para garantir no caso de cancelamento do plano por falta de pagamento, o repasse do valor da mensalidade em atraso para UNIMED CURITIBA pontualmente, sem prejuízo da cobrança de multa e juros prevista no item 6 deste Termo.

12.1. Os valores integrantes do fundo de reserva ficarão depositados em conta corrente de titularidade da ABO-PR, aplicados em carteira de investimentos com perfil conservador e com possibilidade de resgate imediato.

12.2. Em caso de inadimplimento por parte do associado, a ABO-PR fica autorizada a utilizar os valores integrantes do fundo de reserva para fazer frente à parcela da mensalidade inadimplida, sem prejuízo da possibilidade de cobrar do associado aderente o remanescente do débito, acrescido da Taxa de Cobrança. Nessa hipótese, o associado será notificado, com aviso de recebimento, para que no prazo de 03 (três) dias úteis novamente pague o valor equivalente ao de uma mensalidade do plano contratado (valor atualizado da sua mensalidade e de seus dependentes), a título de fundo de reserva, sob pena de ter seu plano cancelado (art. 6º do Termo de Adesão), podendo optar pelo plano individual ofertado pela UNIMED, no prazo de 30 (trinta) dias, conforme cláusula 26 e seguintes do Contrato Coletivo Empresarial (<http://ns.abopr.org.br/contrato-unimed.PDF>), ou outro plano individual de sua escolha, observando os prazos para a portabilidade de carência (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/troca-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia>).

12.3. O montante que integra o fundo de reserva gerido pela ABO-PR, com valores depositados por todos os associados ou profissionais inscritos no CRO/PR aderentes ao plano, nunca será inferior a 85% (oitenta e cinco por cento) do valor integral e atualizado das mensalidades do plano, cabendo à Diretoria da ABO-PR convocar chamada de capital sempre que esse patamar mínimo for atingido. Nessa hipótese, os aderentes serão notificados, com aviso de recebimento, para que paguem a diferença entre o valor inicialmente pago e o montante equivalente ao de uma mensalidade atual no prazo de 10 (dez) dias úteis,

sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, juros de mora diários no percentual de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento), acrescidos de correção monetária de acordo com a variação do IGP-M/FGV.

**12.4.** Quando houver alteração de valor da mensalidade do plano por faixa etária, o associado pagará a diferença do valor mencionado no item 11, através de boleto emitido pela ABO-PR. Em caso de inadimplemento, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, juros de mora diários no percentual de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M/FGV.

**13.** O associado contratante efetuará o pagamento do valor de R\$ 80,00 (oitenta reais), por vida, (titular e beneficiários), no ato da assinatura deste Termo, referente à Taxa de Inscrição do Plano, o qual será repassada integralmente à administradora do Contrato – Tramontina e Vieira, representante autorizada da UNIMED no período de Campanha.

**14.** O associado declara conhecer os termos do Regimento Interno relativo ao Gerenciamento de Recursos do Plano de Assistência Médica e Hospitalar Coletivo por Adesão celebrado ente ABO-PR e UNIMED, aprovado em Assembléia Geral Extraordinária da ABO-PR realizada em 20 de junho de 2016, e com ele concordar.

#### **Atualização do Termo de Adesão**

**15.** Diante da elevada quantidade de aderentes ao Plano, da necessidade de que todos os beneficiários tenham tratamento igualitário e da impossibilidade de a ABO-PR realizar atualizações individualizadas em cada um dos Termos de Adesão, o Associado concorda que as atualizações de Termo de Adesão serão sempre incluídas no site da ABO-PR e informadas por meio do e-mail acima fornecido, cabendo ao Associado manter sempre atualizadas as suas informações cadastrais, sob pena de não poder questionar a ausência de recebimento de e-mail. As atualizações informadas no site da ABO-PR valerão para todos os profissionais inscritos no CRO/PR e/ou aderentes e/ou Beneficiários do Plano, independentemente de concordância expressa.

#### **Foro**

**16.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do TERMO, as partes elegem o foro da comarca de Curitiba – PR.

E, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente TERMO DE ADESÃO, em duas vias de igual teor e forma, para que produza os efeitos desejados, passando a integrar o CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO mencionado no início deste contrato.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



\_\_\_\_\_  
Associado da ABO-PR Titular

Associação Brasileira de Odontologia  
Seção Paraná

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA**

**CONTRATO COM A UNIMED**

**Titular:** \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
R.G: \_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Ativ. Principal: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )  
Opcional Aero-médico: SIM( ) NÃO ( ) Opcional S.O.S: SIM ( ) NÃO ( )  
Plano contratado (por extenso): \_\_\_\_\_

**Dependentes:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
R.G: \_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Ativ. Principal: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )  
Opcional Aero-médico: SIM( ) NÃO ( ) Opcional S.O.S: SIM ( ) NÃO ( )  
Plano contratado (por extenso): \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
R.G: \_\_\_\_\_ Data emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Ativ. Principal: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )  
Opcional Aero-médico: SIM( ) NÃO ( ) Opcional S.O.S: SIM ( ) NÃO ( )  
Plano contratado (por extenso): \_\_\_\_\_

- 808 - AMBULATORIAL HOSPITALAR ENFERMARIA COM OBSTETRICIA
- 809 - AMBULATORIAL HOSPITALAR ENFERMARIA
- 810 - AMBULATORIAL HOSPITALAR APARTAMENTO COM OBSTETRICIA
- 811 - AMBULATORIAL HOSPITALAR APARTAMENTO

**TERMO DE COMPROMISSO  
ASSOCIADO ABO-PR**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Data de Expedição: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Endereço Comercial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Fone Res.: \_\_\_\_\_ Fone Com.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Em favor da

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA - SEÇÃO PARANÁ**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ: 76.677.145/0001-93, com sede na Rua Dias da Rocha Filho, 625, Curitiba – PR.

O Associado da ABO-PR titular que subscreve o presente Termo de Compromisso, se compromete a pagar a mensalidade do Plano de Saúde na data do vencimento estipulado no boleto. Caso isto não venha a ocorrer, está ciente que será utilizado o Fundo de Reserva, o qual foi deixado como garantia, para quitação da mensalidade em atraso, podendo ter seu plano cancelado caso deixe de adimplir o valor em atraso, nos termos do Termo de Adesão e do Regimento Interno.

Autorizo a Unimed Curitiba a encaminhar informativos sobre meu processo através de mensagens via celular (  ) \_\_\_\_\_.

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Associado da ABO-PR Titular**