

SAAERJ – Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Estado do Rio de Janeiro  
**Contrato de Adesão ao Plano de Saúde – Unimed Rio**

**LEIA ATENTAMENTE TODOS OS ITENS ABAIXO ANTES DE ASSINAR;**  
**NÃO ASSINE SE TIVER ALGUMA DÚVIDA**

1. Estar ciente de que minha adesão a este plano de saúde está impreterivelmente condicionada ao cumprimento dos meus deveres de associado principalmente em relação a estar quite com o pagamento da mensalidade social;
2. Ter conhecimento de que o presente instrumento trata-se de uma proposta de adesão a um contrato coletivo de plano de saúde por adesão, estipulada entre o SAAERJ - Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar do Rio de Janeiro e a **UNIMED RIO – Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda**, exclusivamente para os funcionários ativos das unidades de ensino e sindicalizados ao SAAERJ, e seus dependentes aceitos contratualmente pelo presente contrato;
3. Que esta adesão é voluntária e facultativa; reconhecendo, ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo, ao invés de contratar um contrato individual diretamente;
4. Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos Termos das Condições Gerais do presente Contrato Coletivo por Adesão, estipulada entre o SAAE/RJ e a Unimed Rio reconhecendo que recebi uma cópia destas condições gerais, principalmente no que tange ao plano escolhido, e suas peculiaridades da cobertura, exclusão e forma de reajuste;
5. Ter ciência de que a minha aceitação e a de meus dependentes estará condicionada à aprovação por parte do SAAE/RJ e da Unimed Rio, e a formação de um grupo mínimo estipulado contratualmente de 100 usuários entre titulares e dependentes, cuja eventual recusa deverá ser apresentada e ressarcida ao proponente titular em até 35 dias após a assinatura e quitação do presente;
6. Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, através de boleto bancário emitido pelo SAAERJ, acrescido de tarifa de cobrança bancária, taxa operacional e mensalidade do SAAERJ, e a opção de outra forma de pagamento somente previamente autorizado pelo SAAERJ. **NÃO OCORRENDO A QUITAÇÃO DE MINHA MENSALIDADE, DENTRO DA DATA PREVISTA INDICADA NO BOLETO, DEVEREI DIRIGIR-ME IMEDIATAMENTE AO LOCAL INDICADO NO ITEM 15 NO MÁXIMO ATÉ O DIA 15 (QUINZE) DO MESMO MÊS, PARA QUITAR MINHA MENSALIDADE;**
7. Estar ciente de que **CASO NÃO RECEBA O AVISO BANCÁRIO ATÉ 5 (CINCO) DIAS ANTES DO VENCIMENTO**, deverei providenciar junto ao SAAERJ a emissão de 2ª via, promovendo, no prazo, o pagamento da mensalidade, sob pena de ficar sujeito à multa e a encargos monetários previstos em lei;
8. Estar ciente de que nenhum pagamento será reconhecido como feito ao SAAERJ senão possuir comprovantes devidamente autenticados por Banco ou Agência autorizada;
9. Autorizar expressamente o SAAERJ a proceder minha exclusão do presente contrato, juntamente com todos os meus dependentes inscritos, **CASO NÃO HAJA A QUITAÇÃO MENSAL DO PRÊMIO OU POR DÉBITOS ANTERIORES**, conforme item 6 acima, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento mensal. **NESSE CASO, MEUS DIREITOS E DE MEUS DEPENDENTES À COBERTURA PELO PRESENTE CONTRATO SERÃO TOTALMENTE ENCERRADOS NO ÚLTIMO DIA DO MÊS PAGO.** Declaro ainda ter ciência de que eventuais custos devido a utilizações do presente plano, após minha exclusão e de meus dependentes, serão passíveis de cobrança, conforme o item 13;
10. Estar ciente de que, dado o caráter diferenciado deste contrato coletivo por adesão, inexistente o direito do contrato individual que permite o atraso de pagamento da mensalidade em até 60 (sessenta) dias acumulados ou sucessivos, que o início da vigência deste contrato será sempre no dia 1º, desde que respeitado o prazo de movimentação (calendário) limite, **INEXISTINDO A POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTO MESMO QUE EM CASO DE URGENCIA OU EMERGENCIA ANTES DESTA DATA** e que **O PAGAMENTO DO BOLETO DÁ DIREITO À COBERTURA DOS SERVIÇOS NO PERÍODO DE 01 À 30 DO MÊS SUBSEQUENTE por se tratar de cobrança antecipada;**
11. Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, não poderei reingressar neste contrato, independentemente do período anterior em que estivemos associados a este contrato;
12. Estar ciente de que em caso de desistência ou exclusão do plano, o usuário terá que ressarcir ao SAAERJ os períodos pagos sob pena de ser ajuizada a cobrança;
13. Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha solicitação ou pelo motivo constante do item 9 acima, não poderei, extensivo a todos os meus dependentes, utilizar mais o presente contrato, bem como devolver as carteiras de identificação UNIMED - Rio, assumindo todas as responsabilidades civis e criminais pelas eventuais utilizações indevidas desta natureza, incluindo-se nessa responsabilidade a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;
14. Conceder ao SAAE/RJ procuração e autorização para que a mesma tenha amplos poderes para representar a mim e a meus dependentes perante a UNIMED - Rio, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como de reajustes de preços do presente contrato e ou Plano de Saúde;

**Contrato de Adesão ao Plano de Saúde – Unimed Rio**

15. Responsabilizar-me por comunicar formalmente por escrito ao SAAE/RJ, à Rua dos Andradas, 96 Gr 802/803 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20051-000, toda e qualquer alteração cadastral (inclusão ou exclusão de dependentes, alteração de plano , etc.), principalmente de endereço. Todas as conseqüências advindas da não informação por parte do proponente titular são de inteira responsabilidade do mesmo. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente, desde que protocoladas até o dia 15 (quinze) do mês corrente;
16. Estar ciente de que as alterações de tipo de plano e/ou acomodação para planos inferiores poderão ser feitas desde que não tenham ocorrido internações nos últimos 12 (doze) meses e as alterações para um plano com mais benefícios, cumprirão carência de 180 dias para internações e 300 dias para parto. Ambas as alterações só serão processadas desde que protocoladas até o dia 15 (quinze) do mesmo mês no SAAERJ;
17. Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão. Autorizo, desde já ao SAAE/RJ e/ou UNIMED - Rio a solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória referente a todas as informações ora declaradas, tais como: comprovante de inscrição, endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos médicos, psiquiátricos, prontuários, exames, etc;
18. Ter ciência e total concordância de que o prêmio citado no item 6 poderá sofrer reajuste independente da data de minha adesão e de meus dependentes , nas seguintes situações: (a) por mudança de faixa-etária, conforme descrito no termo das Condições Gerais , (b) quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do contrato que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, denominado “reajuste técnico”, (c) anualmente no mês de julho, de acordo com o aumento dos custos dos serviços de assistência à saúde e/ou odontológico, (d) em outras hipóteses, sendo que todas deverão ter autorização da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e reajustes do custo operacional;
19. Ter o direito de desistir da presente proposta de Adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de 7(sete) dias contados a partir da data de assinatura desta e desde que formalizado o ato volitivo por escrito e encaminhado para o SAAE/RJ, conforme o endereço da mesma indicado no item 15 acima, desde que a movimentação correspondente não tenha sido enviada à UNIMED - Rio;
20. Estar ciente de que a eventual redução ou compra dos prazos contratuais de carência só terá validade com a autorização prévia, expressa e exclusiva da UNIMED - Rio, dentro do prazo máximo de 20 (vinte) dias a partir da data da inclusão desta Proposta de Adesão – não tendo o SAAE/RJ poderes para tal deliberação;
21. O presente contrato coletivo por adesão compõe-se deste Contrato de Adesão, Cartão Proposta UNIMED – Rio e se necessário a ficha de inscrição do SAAE-RJ, devidamente preenchida, e que o Cartão de Identificação deverá ser retirado no SAAERJ, à Rua dos Andradas, 96 Gr 802/803 – Centro – Rio de Janeiro – RJ, após o início de vigência, tão logo estejam regularizados meu registro e de meus dependentes frente à UNIMED - Rio.

Local e data		Plano de Saúde contratado	
Nome do Titular por extenso		Nome do Estabelecimento de Trabalho	
Unidade		Função	
Tel. Residencial	Tel. Celular		Tel. Comercial
Emails			
Assinatura do Proponente (Titular)			