



unimedcuiaba.coop.br
Rua Barão de Melgaço, 2713
78020-800 · Centro Sul · Cuiabá-MT
T. (65) 3612 3100/ 0800647-3008

TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA DE LIMITAÇÃO DOS CUSTOS DE COPARTICIPAÇÃO - TAC 04/2024

Eu, _____,
beneficiário(a) do plano de saúde da Unimed Cuiabá, portador(a) do CID _____, manifesto meu interesse em aderir ao Sistema de Limitação dos Custos de Coparticipação (SLCC), conforme as condições estabelecidas no Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) firmado com o Ministério Público do Estado de Mato Grosso e o Procon/MT em 31/07/2024.

Declaro estar ciente das seguintes condições:

1. Declaro que li e compreendi as condições do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) e concordo em aderir ao sistema de limitação dos custos de coparticipação.

2. Limitação da Coparticipação: A cobrança mensal da coparticipação referente aos tratamentos e terapias relacionadas ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas comorbidades estará limitada a:

- UMA mensalidade do plano, caso eu seja beneficiário(a) do Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), mediante comprovação a cada 6 meses.
- DUAS mensalidades do plano, caso eu não seja beneficiário(a) do BPC/LOAS.

3. Abrangência da Limitação: A limitação se aplica apenas aos custos de tratamentos e terapias do TEA e suas comorbidades, não incluindo exames, cirurgias ou outros procedimentos não relacionados ao TEA.

4. Manutenção do Contrato: A adesão a este sistema não altera as demais cláusulas do meu contrato com a Unimed Cuiabá, incluindo o valor da mensalidade e os procedimentos cobertos.

5. Saldo Credor: Valores de coparticipação que excederem o limite mensal poderão ser cobrados em meses futuros, quando os gastos com coparticipação forem inferiores ao limite ou em parcela única em caso de rompimento do vínculo contratual entre o beneficiário aderente e a Unimed Cuiabá.

6. A assinatura do presente Termo de Adesão não implica automaticamente na inclusão do(a) beneficiário(a) solicitante ao SLCC, cujos critérios de elegibilidade, na forma do TAC 04/2024, serão conferidos e aprovados pela Unimed Cuiabá, que, em caso positivo, confeccionará um Termo Aditivo ao Contrato do Plano de Saúde, para posterior assinatura das





unimedcuiaba.coop.br
Rua Barão de Melgaço, 2713
78020-800 · Centro Sul · Cuiabá-MT
T. (65) 3612 3100/ 0800647-3008

partes, e na hipótese negativa de preenchimento dos critérios de elegibilidade de adesão ao TAC 04/2024, emitirá uma carta negativa, ambos no prazo de (10) dez, dias úteis, contados do recebimento de toda a documentação necessária e obrigatória, abaixo listada.

7. A adesão de beneficiário ao SLCC nos casos de Plano Coletivo Empresarial ou Plano Coletivo por Adesão em que a empresa é a responsável pelo pagamento das obrigações financeiras do beneficiário, fica condicionada a aceitação da empresa contratante.

8. Em caso de manutenção da condição de beneficiário na forma dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, os efeitos do SLCC será transferido ao beneficiário passando este a responder pelo saldo devedor de coparticipação gerado a partir da data em que assumir o compromisso de pagamento integral na forma dos referidos artigos. O valor eventualmente acumulado de coparticipação até esta data será de responsabilidade da empresa contratante e será quitado na forma do item 5 acima.

9. Comunicação: Concordo em receber comunicações da Unimed Cuiabá sobre este sistema e outros assuntos relacionados ao meu plano de saúde por carta, e-mail, telefone, WhatsApp, aplicativo ou outros meios.

DADOS DO TITULAR DO PLANO:

Nome Completo: _____

CPF: _____

Código do Cartão Unimed: 056. _____

Data de Nascimento: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CID (Código da Classificação Internacional de Doenças) do Autismo: _____

Grau de Suporte (caso tenha sido identificado): _____

Anexo Laudo médico () SIM () NÃO.





unimedcuiaba.coop.br
Rua Barão de Melgaço, 2713
78020-800 · Centro Sul · Cuiabá-MT
T. (65) 3612 3100/ 0800647-3008

DADOS DO BENEFICIÁRIO AUTISTA (se diferente do titular)

Nome Completo: _____

CPF: _____

Código do Cartão Unimed: 056. _____

Data de Nascimento: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CID (Código da Classificação Internacional de Doenças) do Autismo: _____

Grau de Suporte (caso tenha sido identificado): _____

Anexo Laudo médico () SIM () NÃO.

DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO (BPC/LOAS): (se aplicável)

Sou beneficiário(a) do Benefício de Prestação Continuada BPC/LOAS. () SIM () NÃO

Número do benefício: _____

Anexo comprovante de recebimento do benefício () SIM () NÃO

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE: (preenchimento obrigatório apenas para Plano Privado de Assistência à Saúde Empresarial ou Coletivo por Adesão em que a empresa é a responsável pelo pagamento das obrigações financeiras do beneficiário)

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____

Nome do Responsável legal da empresa: _____

CPF _____





unimedcuiaba.coop.br
Rua Barão de Melgaço, 2713
78020-800 · Centro Sul · Cuiabá-MT
T. (65) 3612 3100/ 0800647-3008

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Observações:

A Unimed Cuiabá se reserva o direito de solicitar informações adicionais para análise da adesão.

Este formulário deve ser preenchido e entregue à Unimed Cuiabá, juntamente com os documentos comprobatórios solicitados.

Cuiabá/MT, ____/____/_____.

Assinatura do Titular: _____

Assinatura do Responsável legal da empresa: _____

(apenas para Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão em que a empresa é a responsável pelo pagamento das obrigações financeiras do beneficiário)

