

Encaminhamos em anexo o Termo de Adesão para inclusão de dependentes na Samel.

A tabela válida é a segunda tabela, e haverá carência.

Após assinatura, pode nos enviar por e-mail (crh@uea.edu.br) ou entregar pessoalmente no RH.

A data de envio para inclusão na Samel é todo dia 20 de cada mês.

Qualquer dúvida, estamos à disposição.

— Dependentes:

Conjugês ;

Filhos(as) legítimos até 21 anos ;

Filhos(as) legítimos até 24 anos,

se universitários ;

Filhos(as) adotivos, desde que tenha guarda ou tutela

*companheiros (as), necessário escrituração realizada em cartório.
enteados, necessário casamento ou união estável entre os cônjuges.*

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE

☐ TITULAR
☐ DEPENDENTE

01- DADOS DO EMPREGADO

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)					DATA ADMISSÃO
CARGO	SEXO ☐ F ☐ M	DATA DE NASCIMENTO	CPF	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	TELEFONE
ENDEREÇO COMPLETO (AV., RUA, PRAÇA)				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	NÚMERO CARTÃO SUS		CEP
FILIAÇÃO					
FILIAÇÃO					
OPÇÃO DO PLANO DO BENEFICIÁRIO TITULAR ☐ APARTAMENTO					
OPÇÃO DO PLANO DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTES ☐ APARTAMENTO ☐ ENFERMARIA					

02- TERMO DE ADESÃO

PELO PRESENTE INSTRUMENTO EU, _____,

ABAIXO ASSINADO, MATRICULA _____, SOLICITO A MINHA INCLUSÃO E DE MEU(S) DEPENDENTE(S), ABAIXORELACIONADO(S), NO PLANO DE SAÚDE NA MODALIDADE ASSINALADA ACIMA. E AUTORIZO O DÉBITO EM CONTRACHEQUE MENSAL.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- EM CASO DE SUSPENSÃO DO CONTRATO DE TRABALHO OU AFASTAMENTO LEGAL SEM ÔNUS PARA A UEA, HAVERÁ EXCLUSÃO DO PLANO,
- EM CASO DE DESCUMPRIMENTO DA REALIZAÇÃO DO VALOR A SER RECOLHIDO EM VIRTUDE DE AFASTAMENTO SUPERIOR A 60 (SESENTA) DIAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, HAVERÁ EXCLUSÃO DO PLANO, (ACORDO COLETIVO VIGENTE)
- EM CASO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ, SEM RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO, O EMPREGADO DEVERÁ RECOLHER O VALOR CORRESPONDENTE A MENSALIDADE DO PLANO. EM HAVENDO DESCUMPRIMENTO, HAVERÁ EXCLUSÃO DO PLANO.

DATA	ASSINATURA DO EMPREGADO	MATRÍCULA
------	-------------------------	-----------

03 - DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

1	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
2	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
3	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS
4	NOME (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				
	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐ F ☐ M	ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ OUTROS	CPF
	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIATURAS)				NÚMERO CARTÃO SUS

CASO O NÚMERO DE DEPENDENTES SEJA MAIOR QUE QUATRO (4), UTILIZAR OUTRO FORMULÁRIO E PREENCHER APENAS OS CAMPOS: NOME DO EMPREGADO E DADOS DO(S) DEPENDENTE(S).

PLANO UEA

APARTAMENTO		ENFERMARIA	
FAIXA	APARTAMENTO	FAIXA	ENFERMARIA
0 a 23	R\$ 207,66	0 a 23	R\$ 189,89
24 a 28	R\$ 238,29	24 a 28	R\$ 214,46
29 a 33	R\$ 274,27	29 a 33	R\$ 246,84
34 a 38	R\$ 316,34	34 a 38	R\$ 284,70
39 a 43	R\$ 374,55	39 a 43	R\$ 337,09
44 a 48	R\$ 471,27	44 a 48	R\$ 424,14
49 a 53	R\$ 589,20	49 a 53	R\$ 530,28
54 a 58	R\$ 1.001,89	54 a 58	R\$ 901,70
59 ou +	R\$ 1.121,48	59 ou +	R\$ 1.009,33

Dependentes inseridos no plano até **31/10/2025** estarão isentos de carência e tabela de valores sendo a mesmos dos titulares.

Inclusões realizadas a partir de **01/11/2025** obedecerão às carências e alterações de valores estabelecidas abaixo.

TABELA DE CARÊNCIAS	
PROCEDIMENTOS	CARÊNCIAS
Atendimento de Urgência e Emergência (Pronto-Socorro);	24 Horas
Consultas Médicas (ambulatório), Exames Laboratoriais auxiliares de diagnósticos e Raio X;	24 Horas
Exames de Imagem (Ultrassonografia);	90 Dias
Demais Exames de Imagem;	120 Dias
Demais Procedimentos;	180 Dias
Partos a termo;	300 Dias
Doenças e Lesões Pré-existentes.	24 meses

 sameloficial
  sameloficial
  sameloficial
 company/gruposamel

 **Samel**
 PLANOS DE SAÚDE

PLANO ADESÃO - ENFERMARIA		PLANO ADESÃO - APARTAMENTO	
FAIXA	ENFERMARIA	FAIXA	APARTAMENTO
0 a 18	R\$ 253,25	0 a 18	R\$ 354,56
19 a 23	R\$ 334,29	19 a 23	R\$ 468,01
24 a 28	R\$ 384,44	24 a 28	R\$ 538,21
29 a 33	R\$ 430,57	29 a 33	R\$ 602,79
34 a 38	R\$ 473,63	34 a 38	R\$ 663,08
39 a 43	R\$ 535,19	39 a 43	R\$ 749,28
44 a 48	R\$ 652,94	44 a 48	R\$ 914,11
49 a 53	R\$ 907,59	49 a 53	1.270,62
54 a 58	R\$ 1.234,31	54 a 58	1.728,04
59 ou +	R\$ 1.518,21	59 ou +	2.125,49

Assinatura do Titular

Manaus, ____/____/ 2025.

Observação: Entregar à Coordenadoria de Recursos Humanos (Reitoria UEA – contato: 99405-0022 e-mail: crh@uea.edu.br, Este termo deverá ser entregue ao setor responsável até a data: 30/10/2025.

INSTRUMENTO PARTICULAR DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO FACULTATIVA EM FOLHA DE PAGAMENTO

(CUSTEIO DE PLANO DE SAÚDE PARA DEPENDENTES)

VINCULADO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 035/2025-UEA

Pelo presente instrumento particular, as partes a seguir qualificadas:

CONSIGNANTE: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA), Fundação Pública, devidamente inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ/MF) sob o nº 04.280.196/0001-76, com sede estabelecida na Avenida Djalma Batista, nº 3578, Flores, na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, CEP 69050-010, neste ato representada na forma de seu estatuto, para os fins operacionais deste instrumento.

CONSIGNATÁRIA: SAMEL PLANO DE SAÚDE LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 84.537.141/0001-38, com sede na Avenida Joaquim Nabuco, nº 1755, Centro, na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, CEP 69020-030, detentora do Registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 367095, neste ato representada por seu administrador legalmente constituído.

CONSIGNADO(A): _____, servidor(a) público(a) estadual, em pleno gozo de sua capacidade civil, portador(a) do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) nº _____, titular da matrícula funcional nº {MATRICULA_TITULAR}, lotado(a) no cargo de _____ junto à CONSIGNANTE.

As partes acima identificadas, em comum acordo, pactuam o presente instrumento, o qual será regido pelas cláusulas e condições subsequentes, que mutuamente aceitam e se obrigam a cumprir.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

1.1. Fica constituído como objeto precípua do presente instrumento a manifestação de vontade, de caráter prévio, expresso, inequívoco e irrevogável enquanto perdurar o serviço, do(a) CONSIGNADO(A). Por meio desta, autoriza-se a CONSIGNANTE a promover a averbação e o subsequente desconto mensal em sua folha de pagamento (incidente sobre remuneração ou proventos), a título de consignação facultativa, dos valores devidos à CONSIGNATÁRIA em contraprestação aos serviços de assistência à saúde prestados.



1.2. O referido desconto, processado pela CONSIGNANTE, é destinado única e exclusivamente ao custeio do plano de assistência à saúde para o(s) dependente(s) legal(is) do(a) titular, cuja elegibilidade foi devidamente comprovada e cujos dados se encontram qualificados no Anexo Único, o qual constitui parte indissociável deste termo para todos os fins de direito e de fato.

1.3. A presente autorização é formalizada em estrita conformidade e subordinação às disposições normativas do Contrato Administrativo de Prestação de Serviços nº 035/2025-UEA, do Decreto Estadual nº 32.835, de 24 de setembro de 2012, que regulamenta o sistema de consignações no âmbito do Estado do Amazonas, da Lei Federal nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e da Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD).

1.4. A autorização de consignação aqui firmada, conquanto o serviço possa ser cancelado na forma da Cláusula Quinta, subitem 5.2, reveste-se de caráter de irretratabilidade durante a vigência da prestação dos serviços de assistência à saúde ao(s) dependente(s). Tal característica é inerente e essencial à natureza da obrigação de trato sucessivo, assegurando a necessária contraprestação pecuniária enquanto a cobertura assistencial for mantida ativa e disponibilizada pela CONSIGNATÁRIA. Desta forma, a irretratabilidade vige como condição de eficácia do pacto, constituindo-se a consignação como o meio de pagamento eleito e garantidor do adimplemento das mensalidades devidas, sem prejuízo do direito do(a) CONSIGNADO(A) de solicitar o cancelamento do serviço, o que, uma vez efetivado, cessará a referida obrigação de pagamento e, por conseguinte, a base jurídica para a presente autorização.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DECLARAÇÕES E DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA

2.1. O(A) CONSIGNADO(A) declara, para todos os fins de direito e para que não se alegue ignorância, que possui plena e inequívoca ciência dos seguintes fatos e condições: a) O custeio de seu plano de saúde individual, na qualidade de titular, constitui um benefício funcional cuja responsabilidade financeira é integral da CONSIGNANTE, não resultando em qualquer ônus direto sobre sua remuneração. b) A presente autorização de desconto refere-se exclusivamente às obrigações pecuniárias que decorrem da inclusão facultativa de seus dependentes no plano de saúde, sendo estas de sua inteira, exclusiva e pessoal responsabilidade financeira. c) Compreende o fluxo operacional da consignação, no qual a CONSIGNANTE atua como mera intermediária, efetuando o desconto e o repasse à CONSIGNATÁRIA, sem assumir qualquer responsabilidade pela relação contratual privada de prestação de serviços de saúde.



Samel
PLANOS DE SAÚDE

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE

3.1. Padrão de Acomodação: O padrão de acomodação para fins de internação hospitalar do(s) dependente(s) será, conforme opção formalizada pelo(a) CONSIGNADO(A) no ato da adesão, em Apartamento ou Enfermaria. O(A) CONSIGNADO(A) atesta o conhecimento de que seu padrão como titular é, obrigatoriamente, Apartamento, segundo os termos da Cláusula Nona do Contrato nº 035/2025-UEA, e que a escolha do padrão para os dependentes é um ato de sua livre deliberação.

3.2. Coparticipação: Fica estipulada a incidência do fator de coparticipação no percentual de 20% (vinte por cento), aplicável exclusivamente sobre os valores de utilização de terapias complementares, conforme tabela da CONSIGNATÁRIA. O montante correspondente, apurado com base no uso efetivo dos serviços, será detalhado em extrato de utilização e acrescido à mensalidade para fins de consignação no ciclo de faturamento subsequente, em conformidade com a Cláusula Sexta do Contrato nº 035/2025-UEA.

3.3. Prazos de Carência: Em observância à Cláusula Oitava do Contrato nº 035/2025-UEA, o(s) dependente(s) cuja adesão seja formalizada no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de assinatura do supracitado contrato (07 de outubro de 2025), serão isentos do cumprimento de quaisquer prazos de carência. Adesões protocoladas em data posterior a este período de isenção submeter-se-ão, de forma integral, aos prazos contratuais padrão estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não cabendo reclamação posterior.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR, DA PERIODICIDADE E DO REAJUSTE

4.1. Valor Mensal Consignado: O montante do desconto mensal corresponderá à soma das mensalidades atribuídas ao(s) dependente(s) incluído(s), em conformidade com a Tabela de Preços vigente por faixa etária e padrão de acomodação, a qual constitui parte integrante deste instrumento.

4.2. Periodicidade: A consignação será efetuada em base mensal e sucessiva, com incidência sobre a remuneração ou proventos do(a) CONSIGNADO(A), enquanto perdurar a obrigação.

4.3. Reajuste: Em alinhamento com a Cláusula Vigésima Nona do Contrato nº 035/2025-UEA, os preços contratuais serão objeto de reajuste anual. Tal reajuste será calculado mediante a aplicação do Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), apurado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo. O(A)



CONSIGNADO(A) declara sua expressa e prévia anuência com os futuros reajustes anuais, que serão comunicados com antecedência mínima de 30 dias pela CONSIGNATÁRIA, como condição essencial para a manutenção do benefício.

CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA, DA REVOGAÇÃO E DA INADIMPLÊNCIA

5.1. Vigência: A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, permanecendo plenamente eficaz enquanto subsistir o vínculo do(s) dependente(s) ao plano de saúde e, cumulativamente, o vínculo funcional ou previdenciário do(a) CONSIGNADO(A) com a CONSIGNANTE.

5.2. Revogação: A presente autorização é passível de revogação unilateral pelo(a) CONSIGNADO(A) a qualquer tempo, ato este que corresponde à solicitação de cancelamento do serviço de plano de saúde para o(s) dependente(s), devendo a intenção ser formalizada mediante requerimento por escrito.

Parágrafo único: Para fins de processamento administrativo e para garantir a correta execução dos procedimentos de fechamento da folha de pagamento, o requerimento de revogação deverá ser protocolado com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data do próximo vencimento. A inobservância de tal prazo, por razões de ordem técnica-operacional, implicará o processamento da consignação no mês subsequente, não sendo, portanto, passível de alegação de desconto indevido.

5.3. Margem Consignável e Inadimplência: A efetivação do desconto está estritamente subordinada à existência de margem consignável disponível na remuneração do(a) CONSIGNADO(A), conforme as regras do Decreto Estadual nº 32.835/2012. A ausência de margem suficiente inviabilizará o desconto, configurando o inadimplemento da obrigação perante a CONSIGNATÁRIA.

Parágrafo único: Na ocorrência de tal hipótese, à CONSIGNATÁRIA será facultado suspender a cobertura assistencial, mediante notificação prévia, incumbindo ao(à) CONSIGNADO(A) a responsabilidade pela quitação direta do débito. O não pagamento do valor devido sujeitará o montante à incidência de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento), facultando à CONSIGNATÁRIA, a seu critério, a inscrição do(a) CONSIGNADO(A) nos cadastros de proteção ao crédito, bem como a adoção das medidas de cobrança administrativa ou judicial cabíveis para a satisfação do crédito.

CLÁUSULA SEXTA – DA GESTÃO DE DEPENDENTES E DA RESPONSABILIDADE CADASTRAL



Samel
PLANOS DE SAÚDE

6.1. Responsabilidade Cadastral: Incumbe exclusivamente ao(à) CONSIGNADO(A) a obrigação de comunicar formalmente à CONSIGNATÁRIA e à CONSIGNANTE toda e qualquer alteração na condição de elegibilidade de seus dependentes, incluindo, mas não se limitando a, atingimento de idade limite, divórcio, óbito, ou perda da condição de dependência econômica.

Parágrafo único: O(A) CONSIGNADO(A), ao reconhecer sua responsabilidade pela veracidade e atualização das informações, isenta a CONSIGNATÁRIA de toda e qualquer responsabilidade por falhas, interrupções ou negativas de cobertura que resultem de informações cadastrais incorretas, desatualizadas ou omitidas.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

7.1. O(A) CONSIGNADO(A) consente e autoriza o tratamento de seus dados pessoais, bem como dos dados pessoais sensíveis (de saúde) de seus dependentes, pela CONSIGNATÁRIA e pela CONSIGNANTE, para a finalidade estrita e exclusiva de execução do objeto deste instrumento, incluindo a gestão do benefício, faturamento e prestação de serviços assistenciais.

7.2. Adicionalmente, o(a) CONSIGNADO(A) consente com o compartilhamento dos dados estritamente necessários entre as partes e os órgãos gestores do sistema de consignações (SEAD/PRODAM), para fins de processamento, averbação, controle e auditoria da consignação, em conformidade com os princípios da finalidade e da necessidade previstos na LGPD.

CLÁUSULA OITAVA – DAS RESPONSABILIDADES E DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Fica ratificado que não subsiste qualquer co-responsabilidade ou solidariedade da CONSIGNANTE ou do Estado do Amazonas no que tange às obrigações de natureza privada assumidas pelo(a) CONSIGNADO(A) perante a CONSIGNATÁRIA, sendo a relação entre estes regida pelo direito privado.

8.2. Para a dirimência de quaisquer controvérsias oriundas do presente instrumento, fica eleito o foro da Comarca de Manaus, Estado do Amazonas, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem em justo e mútuo acordo, as partes firmam o presente instrumento e seu anexo, em vias de igual teor e forma.



Samel
PLANOS DE SAÚDE

Local e Data: Manaus/AM, {DATA}.

ASSINATURAS

{TITULAR_NOME}

Consignado(a)

CPF: {CPF_TITULAR}

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA)

Pela Consignante

SAMEL PLANO DE SAÚDE LTDA

Pela Consignatária

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:



Samel
PLANOS DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E INEQUÍVOCO

Por meio desta, o(a) CONSIGNADO(A), {TITULAR_NOME}, declara, sob as penas da lei, para que se produzam os devidos efeitos jurídicos e legais, que:

1. Foi-lhe oportunizada a leitura e análise pormenorizada, tendo compreendido e manifestado total concordância com a integralidade das cláusulas e condições estabelecidas no presente Termo de Autorização e em seu respectivo Anexo Único.
2. Foi devidamente informado(a) e está ciente de que o custeio de seu plano de saúde (titular) é de responsabilidade integral da UEA, e que a obrigação financeira aqui assumida refere-se única e exclusivamente aos seus dependentes.
3. Possui entendimento de que, na hipótese de ausência de margem consignável, o desconto não será processado, recaindo sobre si a responsabilidade de quitar o débito diretamente com a CONSIGNATÁRIA para evitar a suspensão da cobertura.
4. Reconhece que o inadimplemento da obrigação, seja pela ausência de margem ou pela falta de pagamento por meio alternativo, poderá acarretar a suspensão dos serviços, a cobrança de encargos moratórios e a inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito.
5. Pelo presente, fica autorizada, de forma voluntária, expressa e inequívoca, a efetivação das seguintes ações:
 - **ANUÊNCIA FINANCEIRA:** Atesta-se ter sido informado(a) acerca da Tabela de Preços e do método de reajuste anual (VCMH/IESS), e que se concorda com os valores e futuras atualizações como condição para a manutenção do benefício.
 - **AVERBAÇÃO:** A averbação desta consignação facultativa na matrícula funcional do(a) CONSIGNADO(A).
 - **DESCONTO MENSAL:** O desconto mensal na remuneração do(a) CONSIGNADO(A) dos valores correspondentes ao plano de saúde de seus dependentes.
 - **TRATAMENTO DE DADOS:** O tratamento e o compartilhamento dos dados pessoais e sensíveis, do(a) titular e de seus dependentes, para as finalidades estritas de gestão do convênio e da consignação, em conformidade com a LGPD.



ASSINATURAS

{TITULAR_NOME}

Consignado(a)

CPF: {CPF_TITULAR}

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA)

Pela Consignante

SAMEL PLANO DE SAÚDE LTDA

Pela Consignatária

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:



Samel
PLANOS DE SAÚDE