



CONTRATO ASSOCIATIVO

Nome:			
RG:		CPF:	
Data de nascimento: / /		Telefone(s):	
Endereço:			Nº:
Bairro:		Cidade:	CEP:
Banco:	Agência:	Operação:	Conta:
Local de Trabalho:		Telefone(s):	
E-mail:			
Servidor: () Municipal () Estadual () Federal			

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

Através do presente, o subscriteve assume a condição de ASSOCIADO à ASFEM/PR, podendo gozar dos benefícios oferecidos pela Associação, mediante a respectiva remuneração.

CLÁUSULA SEGUNDA – MENSALIDADE ASSOCIATIVA

O ASSOCIADO contribuirá mensalmente com a importância equivalente a R\$ _____ (_____), com vencimento no último dia útil de cada mês ou na data do pagamento salarial do órgão do servidor público, a iniciar no mês da adesão ao presente contrato associativo. Fica ciente o ASSOCIADO que, **anualmente, deverão ser pagas 13 (treze) mensalidades associativas**, sendo uma delas referente ao 13º (décimo terceiro) salário. O pagamento das respectivas mensalidades é obrigatório para manter a condição de associado e desfrutar dos benefícios oferecidos pela ASFEM/PR, de acordo com o anexo I.

Parágrafo primeiro

O ASSOCIADO autoriza a ASFEM/PR a proceder aos descontos da mensalidade associativa diretamente na conta bancária informada em epígrafe. De igual maneira, o ASSOCIADO autoriza, desde já, o desconto de eventuais relativos a mensalidades e/ou utilizações dos benefícios oferecidos pela Associação ao ASSOCIADO e a seus dependentes. O ASSOCIADO ficará como responsável financeiro por todas as despesas por ele autorizadas a seus dependentes.

Parágrafo segundo

O ASSOCIADO se compromete a manter **saldo suficiente** para a finalidade estampada no parágrafo primeiro, ficando isenta a instituição bancária de quaisquer responsabilidades, multas ou acréscimos decorrentes da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data do pagamento.

Parágrafo terceiro

Caso os valores devidos não sejam descontados diretamente da conta bancária informada. O ASSOCIADO poderá e deverá entrar em contato com a ASFEM/PR, pessoalmente ou através dos telefones 0800 400 7373, e solicitar o valor atualizado (vide cláusula terceira). Em seguida, o ASSOCIADO deverá depositar o valor devido BANCO DO BRASIL, Agência nº 0756-0, Conta nº 10451-5, em favor da ASFEM/PR, ou entrar em contato com o representante nesta cidade a fim de regularizar os débitos. Havendo mudança ou transferência da conta corrente do associado para outra agência, ou até mesmo para outro Banco, **compromete-se desde já o associado a informar no prazo de até Quinze (15) dias a nova conta e Banco para que seja processado o debito; Findo este prazo fica a ASFEMPR DEVIDAMENTE AUTORIZADA ATRAVES DESTA OBTE-LA JUNTO AO BANCO OU NOVA INSTITUICAO, A SUA CONTA BANCARIA E ESTE PROCEDER OS DEBITOS REFERENTES AO ANEXO I E II E ASSIM EM SEUS PROVENTOS.**





Parágrafo quarto

Fica a cargo do ASSOCIADO que mantiver conta bancária junto ao **BANCO DO BRASIL** providenciar, junto a essa instituição bancária, a **AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO** a ser realizado pela ASFEM/PR. O ASSOCIADO fica ciente de que, enquanto o BANCO DO BRASIL não autorizar o respectivo lançamento do débito, este deverá depositar o valor mensalmente devido na BANCO DO BRASIL, Agência nº 0756-0, Conta nº 10451-5, em favor da ASFEM/PR.

Parágrafo quinto

O ASSOCIADO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DO PARANÁ autoriza a ASFEM/PR a prosseguir à totalidade dos descontos fixos através da **consignação em folha de pagamento**, junto ao **CARTÃO VIDA PARANÁ – ANEXO IV**, cartão nº _____ até o limite disponível da margem

consignável aplicável, conforme anexo II. Caso o valor devido ultrapasse a margem consignável do ASSOCIADO, o desconto proceder-se-á na forma do parágrafo primeiro. Em caso de inadimplência, o ASSOCIADO fica ciente de que a Associação utilizará as margens consignáveis futuras para a quitação do débito, devidamente atualizado.

Parágrafo sexto

A mensalidade associativa está sujeita a reajuste, conforme Estatuto Associativo.

CLÁUSULA TERCEIRA – PENALIDADES

O atraso no pagamento da mensalidade associativa e/ou dos valores decorrentes da contratação de algum benefício oferecido pela Associação implicará no pagamento de **multa compensatória de 2% (dois por cento) da totalidade do débito**, bem como no acréscimo de **juros de 1% (um por cento) ao mês**, cumulativamente, ambos incidentes após a data acordada para o pagamento do montante devido, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

CLÁUSULA QUARTA – CANCELAMENTO

Parágrafo primeiro

O cancelamento do contrato associativo pode ser efetuado a qualquer momento pelas partes, por escrito, implicando o cessação automática dos benefícios contratados. **O cancelamento não exime o ASSOCIADO do pagamento dos débitos não quitados**, responsabilizando-se o ASSOCIADO a quitar eventuais valores pendentes referentes à mensalidade associativa e a utilizações de benefícios por si e/ou por seus dependente.

Parágrafo terceiro

No caso de contratação de plano de saúde ou plano odontológico com a devida utilização, o cancelamento antes do prazo previsto no contrato respectivo acarretará a incidência de multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor total devido até o término do prazo contratual.

Parágrafo segundo

Ocorrendo o cancelamento do ASSOCIADO por inadimplência, um novo vínculo associativo dependerá da quitação dos débitos anteriores que provocaram o cancelamento.

CLÁUSULA QUINTA – FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Ponta Grossa/PR para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento.

O ASSOCIADO ficará obrigado a comunicar expressamente à ASFEM/PR toda e qualquer alteração contratual, sobretudo a eventual cancelamento da conta bancária declinada preambularmente.

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a concretização do vínculo associativo, é de livre e espontânea vontade que o ASSOCIADO manifesta a intenção de associar-se à ASFEM/PR, podendo gozar livremente, tanto quanto os dependentes listados, dos benefícios oferecidos pela Associação.

Declara receber, neste ato, a cópia do presente contrato.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSOCIADO

ASFEM/PR





ANEXO I

São benefícios colocados à disposição do ASSOCIADO e de seus dependentes, sem prejuízo de convênios firmados pela ASFEM/PR após a assinatura desta:

- Clínicas Médicas/Laboratórios/Plano de Saúde/Plano Odontológico
- Faculdades e Colégios/Cursos/Livrarias e Papelarias
- Farmácias/Óticas
- Academia
- Auto Escola
- Centro Automotivo
- Clínicas de Estética
- Clínica Veterinária
- Lazer
- Produtos e Serviços
- Orientação Jurídica
- Serviços

Fica ciente o ASSOCIADO que a mensalidade e os débitos de utilização dos benefícios oferecidos pela ASFEM/PR a si e a seus dependentes serão debitados de sua conta bancária informada, de acordo com o parágrafo primeiro da cláusula segunda do contrato associativo.

O **ASSOCIADO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL** autoriza a ASFEM/PR a prosseguir à totalidade dos descontos fixos através da **consignação em folha de pagamento**, junto ao Cartão Vida Paraná, até o limite disponível à margem consignável, conforme anexo II. Caso o valor devido ultrapasse a margem consignável do ASSOCIADO, o desconto proceder-se-á na forma do parágrafo primeiro. Em caso de inadimplência, o ASSOCIADO fica ciente de que a Associação utilizará as margens consignáveis futuras para a quitação do débito, devidamente atualizado.

Os valores a serem debitados serão aqueles informados em relatórios ou guias de utilização.

Para tanto, o ASSOCIADO se compromete a manter **saldo suficiente** para esta finalidade, ficando isenta a instituição bancária de quaisquer responsabilidades, multas ou acréscimos decorrentes da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data do pagamento.

O atraso no pagamento das mensalidades e dos valores provenientes da utilização de algum benefício oferecido pela Associação implicará no pagamento **multa compensatória de 2% (dois por cento) da totalidade do débito**, bem como no acréscimo de **juros de 1% (um por cento) ao mês**, cumulativamente, ambos incidentes após a data acordada para o pagamento do montante devido, sem prejuízo das medidas judiciais cabíveis.

O ASSOCIADO autoriza a seus dependentes retirar e assinar guias para utilização dos benefícios contratados, visando agilidade e eficácia do atendimento.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSOCIADO

ASFEM/PR





ANEXO II

Considerando a margem consignável do ASSOCIADO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL e os benefícios contratados, considerar-se-ão como de natureza fixa, para fins de consignação em folha de pagamento, conforme parágrafo quinto da cláusula segunda do contrato associativo, os seguintes descontos:

OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
Mensalidade Associativa (ASFEM/PR)	Fixa

	OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
CONVÊNIO		
COPARTICIPAÇÃO		

	OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
CONVÊNIO		
COPARTICIPAÇÃO		

	OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
CONVÊNIO		
COPARTICIPAÇÃO		

	OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
CONVÊNIO		
COPARTICIPAÇÃO		

	OBJETO DE DESCONTO	MODALIDADE
CONVÊNIO		
COPARTICIPAÇÃO		

ATENÇÃO: Utilizações em estabelecimentos comerciais conveniados à ASFEM/PR serão descontados através de débito automático na conta bancária informada pelo ASSOCIADO, tendo em vista a natureza variável dessas operações.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSOCIADO

ASFEM/PR



**ANEXO III****DEPENDENTES:**

São dependentes: cônjuge, ascendentes, filhos e netos.
Outras inclusões estarão sujeitas a avaliação administrativa.

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

Dependente:	Parentesco
Data Nascimento: / /	Telefones:

_____, _____ de _____ de _____.

ASSOCIADO

ASFEM/PR





Autorização de desconto de mensalidade ASFEMPR junto ao cartão VIDA Paraná

Eu, NOME _____, portador (a) do CPF _____, RG. _____, funcionário público Estadual, residente e domiciliado (a) a _____ Rua _____,

AUTORIZO de forma expressa, o desconto através do meu Cartão VIDA Paraná de nº _____, relativo as mensalidades do convênio ASFEMPR, no valor de R\$ _____ (_____), com periodicidade mensal por tempo indeterminado.

Nesta presente data, reconheço por verdadeira a alteração do status do meu cartão para "ATIVO", assim como estou ciente que transações realizadas com o cartão VIDA Paraná, serão descontadas em folha de pagamento.

Fico ciente que fui informado que o cartão de benefícios não tem custo, nem taxa de administração, e o com o cartão VIDA Paraná poderá ser utilizado para compras em mais de 27.000 estabelecimentos comerciais, tais como Supermercados, Postos de Combustíveis, Farmácias, com o pagamento descontado direto de sua folha no mês seguinte da utilização do seu cartão. E como identificação para atendimento ao SAS, e recolhimento das mensalidades da ASFEMPR, inclusive pagamento de estabelecimentos credenciados pela ASFEMPR.

Para os devidos fins, firmo a presente.

_____.

ASSOCIADO:

CPF:

Declaro, na forma da Lei, que as informações acima, são a expressão da verdade, e que o usuário foi devidamente orientado por nossa equipe, quanto os descontos.

ASFEMPR:

CPF:

