



DMS 024/25
24 de janeiro de 2025

Aos(as) Cooperados(as) Unimed Campinas

Ref. Aplicabilidade do regulamento de 30/11/2009 para requerimento do Benefício Proporcional Deferido - BPD

Prezado(a) Cooperado(a),
Foi determinada e aprovada pelos Cooperados(as), em Assembleia Geral Extraordinária (AGE) de 19 de outubro de 2024, a nova metodologia de administração, custeio e pagamento do Plano Auxílio Funeral (PAF), sendo, portanto, homologado pelo Conselho de Administração o novo Regulamento do benefício.

Está expressamente determinado no novo Regulamento (disponibilizado no "Canal do Cooperado") que serão aplicadas as disposições da AGE de 30/11/2009 àqueles que preencheram os requisitos lá dispostos até a data de 18/10/2024 e que ainda não tenham se manifestado ou exercido o seu direito de opção do Benefício Proporcional Deferido - BPD.

Para tanto, deverá o Cooperado(a), nos próximos 30 dias corridos, optar por uma das alternativas abaixo, de acordo com a sua condição:

- I) **Nos casos dos elegíveis que ainda não exerceram o seu direito de opção, as alternativas são:**
- a) Antecipação de 1.200 consultas benefício (restando, em caso de óbito, 2.800 consultas benefício)
 - b) Antecipação de 2.400 consultas benefício
 - c) Antecipação de 3.600 consultas benefício
- II) **Para aqueles que exerceram o seu direito na opção (antiga) de antecipação de 20%, as alternativas são:**
- a) Antecipação de 1.200 consultas benefício
 - b) Antecipação de 2.400 consultas benefício (Caso não exerça o seu direito, receberá 2.800 em caso de óbito)

Ressaltamos que, para o recebimento do benefício contido nos itens I. b e II. a, o(a) cooperado(a) será excluído(a) do Plano Auxílio Funeral (PAF). O requerimento e recebimento do benefício na modalidade dos itens I. c e II. b, implicará na aplicação do artigo 15 do Estatuto Social, tornando-se sócio remido.

Leia com atenção o Regulamento* para esclarecimentos sobre o benefício, principalmente quanto as implicações de cada opção de antecipação.

Informe sua opção, de próprio punho, no espaço abaixo:

Condição: I II

Opção: a b c

Nome: _____

ID: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Após o preenchimento, é necessário protocolar a entrega deste documento no Departamento de Gestão de Relacionamento com Cooperado, Sede II - 2º andar, que permanecerá à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Assinado por:

Dr. Antonio Claudio Guedes Chrispim
Diretor Médico-Social

DocuSigned by:

Dr. Gerson Muraro Laurito
Diretor Presidente

DocuSigned by:

Dr. Plinio Conte de Faria Júnior
Diretor Financeiro

DocuSigned by:

Dr. João Lian Júnior
Coordenador do Conselho de Administração