Av. Dr. Hermillo Alves, 210 - Centro
CEP 36307-328 - São João Del-Rei - MG
Fone (32) 3372-8080 - Fax (32) 3371-2442
E-mail: uni152@mgconecta.com.br

TERMO DE ADESÃO / PROPOSTA DE ADMISSÃO
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO
PARTICIPATIVO – MÚLTIPLO 2

Os Produtos que fazem parte do presente Contrato estão de acordo com a Lei nº Lei 9.656/98 e demais atos normativos que regulamentam os planos de assistência à saúde, tendo a cobertura definida no rol de procedimentos da resolução normativa 167/2008 da ANS, bem como por futuras modificações inseridas pela referida agência.

CONTRATADA

Razão Social			
Unimed de São João del Rei – Cooperativa de Trabalho Médico			
Nome fantasia	CNPJ		Registro na ANS
UNIMED SÃO JOÃO DEL REI	**25.329.079/0001-20**		**32392-6**
Endereço	Bairro	Cidade	UF
Av. Hermilo Alves, 210	Centro	São João del Rei	MG
CEP / Telefone		Fax / Email	
36307-328 / 32 3372-8080		32 3371-2442 / uni152@mgconecta.com.br	

REPRESENTANTES LEGAIS:

Nome	Cargo	Identidade	CPF
Paulo Cesar de Araujo Rangel	Presidente	M2970474	048356206-82
Américo Calzavara Neto	Vice Presidente	M3065284	537388536-34
Antonio Taier	Superintendente	MG435414	135159506-72

CONTRATANTE

Razão social			
SINDICATO DOS SERVIDORES DA UFSJ			
CNPJ	Inscrição Estadual		
21.273.537/0001-03	ISENTA		
Endereço			
PRAÇA FREI ORLANDO, 170 – CENTRO			
Cidade	UF	CEP	Telefone
São João del Rei	MG	36307-352	32 3379-2389

REPRESENTANTES LEGAIS:

Nome	Cargo	CPF
Adriene Aparecida Carvalho	Coordenação Geral Coord SIND UFSJ	101.752.806-30
Josiane Nogueira	Coord SIND UFSJ	CPF 063.378.906-20

BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome:_____
Data de nascimento:____/_____/_____ Sexo: ( )M ( )F CPF_____
Cartão Nacional SUS _____RG _____ Data emissão _____/_____/_____
Filiação: Pai_____
Mãe_____
Endereço: Rua/AV _____nº_____
Bairro_____Cidade _____UF_____CEP _____Telefone_____
E-mail: _____

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - nº 323926

Unimed São João del Rei
Av. Dr. Hermillo Alves, 210 - Centro
CEP 36307-328 - São João Del-Rei - MG
Fone (32) 3372-8080 - Fax (32) 3371-2442
E-mail: uni152@mgconecta.com.br

FSC

DEPENDENTES

1 - Nome:_____
Data de nascimento:____/_____/_____ Sexo:( )M ( )F CPF_____
Cartão Nacional SUS _____RG _____ Data emissão _____/_____/_____
Filiação: Pai_____
Mãe_____
Grau de parentesco: _____
Nº declaração de nascido vivo (nascidos a partir de 01/01/2010): _____

2 - Nome:_____
Data de nascimento:____/_____/_____ Sexo:( )M ( )F CPF_____
Cartão Nacional SUS _____RG _____ Data emissão _____/_____/_____
Filiação: Pai_____
Mãe_____
Grau de parentesco: _____
Nº declaração de nascido vivo (nascidos a partir de 01/01/2010): _____

3 - Nome:_____
Data de nascimento:____/_____/_____ Sexo:( )M ( )F CPF_____
Cartão Nacional SUS _____RG _____ Data emissão _____/_____/_____
Filiação: Pai_____
Mãe_____
Grau de parentesco: _____
Nº declaração de nascido vivo (nascidos a partir de 01/01/2010): _____

4 - Nome:_____
Data de nascimento:____/_____/_____ Sexo:( )M ( )F CPF_____
Cartão Nacional SUS _____RG _____ Data emissão _____/_____/_____
Filiação: Pai_____
Mãe_____
Grau de parentesco: _____
Nº declaração de nascido vivo (nascidos a partir de 01/01/2010): _____

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

Registro ANS	Segmentação	Abrangência	Opção
464.863/11-3	**Ambulatorial+Hospitalar com obstetrícia Apartamento**	**Estadual**	**[ ]**
464.862/11-5	**Ambulatorial+Hospitalar com obstetrícia Enfermaria**	**Estadual**	**[ ]**

Negocia-se neste ato, duas opções de plano, ambos com coberturas idênticas, diferenciando-se apenas na acomodação, podendo o beneficiário titular optar por qualquer um dos produtos, devendo, obrigatoriamente, sua opção ser a mesma para todos seus dependentes e agregados. A mudança de plano enfermaria para acomodação apartamento, para aqueles participantes da acomodação enfermaria, deverá ocorrer somente no aniversário do contrato, sujeitando-se a mudança a imputação de carência de 06 (seis) meses para usufruir o beneficiário da acomodação apartamento.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - nº 323926

Unimed São João del Rei
Av. Dr. Hermillo Alves, 210 - Centro
CEP 36307-328 - São João Del-Rei - MG
Fone (32) 3372-8080 - Fax (32) 3371-2442
E-mail: uni152@mgconecta.com.br

FSC

PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Faixa Etária		464.863/11-3 Ambulatorial Hospitalar e Obstetrícia Apartamento		464.862/11-5 Ambulatorial Hospitalar e Obstetrícia Enfermaria	
		Valor	Variação %	Valor	Variação %
Única	0 a 999	**R$ 537,59**	0,00	**R$ 409,16**	0,00

Taxa de implantação: **Não** será cobrada a taxa única por beneficiário TITULAR e DEPENDENTE inscrito, independente da época.

Vencimento das mensalidades: dia 10

A contraprestação devida pelo beneficiário titular à Contratante corresponde à soma dos valores do titular com seus respectivos dependentes e agregados, cadastrados, conforme a opção de plano. A contraprestação devida pela Contratante à Contratada corresponde ao valor global de todos os beneficiários e é devida independentemente de ter havido o pagamento por parte destes.

CARÊNCIAS

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência/emergência nos termos da lei;
- 30 (trinta) dias para consultas;
- 60 (sessenta) dias para exames básicos ambulatoriais;
- 90 (noventa) dias para exames especiais ambulatoriais e fisioterapia;
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- 120 (cento e vinte) dias para diálise, hemodiálise.
- 180 (cento e oitenta) dias para internações clínicas e cirúrgicas;
- 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos ambulatoriais;
- 300 (trezentos) dias para partos a termo.
- 24 (vinte e quatro) meses doenças e lesões preexistentes.

As carências aqui estipuladas serão suprimidas para todos aqueles que aderirem ao plano em até 30 (trinta) dias da data da assinatura do contrato, bem como para os beneficiários admitidos na instituição depois da assinatura do contrato. Excluindo-se, permanecem as carências acima estipuladas.

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

As inclusões ou exclusões de beneficiários, bem como as alterações de Plano, serão solicitadas pela CONTRATANTE por meio de Termo de Adesão, encaminhado à CONTRATADA até o 10º (décimo) dia útil de cada mês, passando a serem reconhecidas no 1º dias do mês subsequente à solicitação.

COPARTICIPAÇÃO

Procedimentos realizados ambulatoriamente:

- Consultas e exames básicos: à razão de 35% da tabela Unimed.
- Exames de alta complexidade e demais atendimentos ambulatoriais: à razão de 30% da tabela Unimed, limitada a R$ 323,57 (trezentos e seis reais e setenta centavos) por procedimento.

COPARTICIPAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

R$ 277,20 (duzentos e setenta e sete reais e vinte centavos) dentro da área de atuação da operadora e R$ 554,40 (quinhentos e cinquenta e quatro reais e quarenta centavos) fora da área.

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues
ANS - nº 323926

Unimed São João del Rei
Av. Dr. Hermillo Alves, 210 - Centro
CEP 36307-328 - São João Del-Rei - MG
Fone (32) 3372-8080 - Fax (32) 3371-2442
E-mail: uni152@mgconecta.com.br

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Nas internações superiores a 30 (trinta) dias, por ano, decorrentes de transtornos psiquiátricos, e nas internações superiores a 15 (quinze) dias, decorrentes de quadros de intoxicação, abstinência alcoólica ou outra forma de dependência química, será exigida, nos termos da lei e da resolução 11/98 do CONSU, uma coparticipação de 30% (trinta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares.

TRANSPORTE AEROMÉDICO OPCIONAL

É interveniente prestador serviço a **UNIMED TRANSPORTE AEROMÉDICA MG LTDA,** situada à Av. Brasil, 491- 2º andar, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30140.000

( ) Não quero contratar o opcional de transporte aeromédico.

( ) Sim, quero contratar este opcional ao custo mensal adicional por associado inscrito no contrato de R$ 7,85 (sete reais e oitenta e cinco centavos) por beneficiário, independente da variação da faixa etária.

Beneficiário Titular: _____

DISPOSIÇÕES GERAIS E DO REAJUSTE

O beneficiário titular declara conhecer as condições gerias do contrato firmado entre a Unimed São João del Rei e o SINDICATO DOS SERVIDORES DA UFSJ, reconhece e aceita as cláusulas nele recebidas, através das quais obtém direitos, bem como assume obrigações por si, seus dependentes e agregados. O beneficiário titular compromete-se, após sua inclusão, a permanecer no plano pelo período mínimo de 12 (doze) meses, bem como seus dependentes legais e agregados cadastrados, estando ciente que ficará sujeito ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo. O beneficiário titular responsabiliza-se pelo pagamento à Contratante, das mensalidades, valores das coparticipações, bem como quaisquer outros valores negociados, no contrato principal, como ratificados neste termo, tanto por si quanto por seus dependentes e agregados cadastrados. A Contratante, por sua vez, responsabiliza-se pelo pagamento global de todos os beneficiários à Contratada, independentemente de ter havido o pagamento por parte destes. Havendo inclusão de novos dependentes alteram-se, para o beneficiário titular, o valor da mensalidade e/ou quaisquer outros valores negociados no contrato principal. O beneficiário titular reconhece expressamente e nomeia a Contratante SINDICATO DOS SERVIDORES DA UFSJ, devidamente identificado no instrumento principal de contrato, como responsável direto e parte legítima para negociar, modificar e realizar aditamentos no instrumento principal de contrato, bem como definir reajuste dos valores negociados. Reconhecem as partes que a data de aniversário do contrato corresponderá ao início da contratação, mês este eleito como data para revisão dos valores negociados.

DA VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO CONTRATO

O contrato terá duração mínima de 12(doze) meses, a partir da data de assinatura.

ASSINATURA DAS PARTES

Estando de pleno acordo, assinam contratante, beneficiário titular e contratada a presente Proposta de Admissão, em duas vias de mesmo teor e forma.

Local: _____ Data: _____/_____/_____.

_____

CONTRATANTE

_____

CONTRATADA

_____

BENEFICIÁRIO TITULAR

Membro da Aliança Cooperativa Internacional
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz." Roberto Rodrigues
ANS - nº 323926