

**PROPOSTA DE ADESÃO - SERJUSMIG
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – PARTICIPATIVO - 2162
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA ESTADUAL**

11 - Contrato nº 0675 - Registro ANS 436387016

15 - Contrato nº 0676- Registro ANS 436388014

1 CONTRATADA

Razão Social: Unimed Vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico

Nome Fantasia: Unimed Vale do Aço

CNPJ: 16.991.945/0001-52

Registro na ANS: 35.928-9

Endereço: rua Teresópolis, nº 160

Bairro: Veneza I

Cidade: Ipatinga

UF: MG

CEP: 35.164-259

Tel: (31) 2136.2227

Fax: (31)2136.2202 Email: administracao@unimedvaledoaco.com.br

2 CONTRATANTE/INTERVENIENTE

Razão Social: Sindicato dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais - SERJUSMIG

Nome Fantasia: Sindicato dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais - SERJUSMIG

CNPJ: 20.250.353/0001-57

Endereço: rua Guajajaras, 1984

Bairro: Barro Preto

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

CEP: 30.180-109

Tel: (31) 3025-3500 – 3025-3503 - 3025-3502

Fax: (31) 3025-3501

Email: serjusmig@serjusmig.org.br

Representante Legal: Rui Viana da Silva

3 DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR**COMARCA:**

Código:

EXTENSÃO:

Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: () sim () Não

Código Anterior:

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento:

Número Documento:

Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição:

SX EC CV GP

CNS:

Data de Nascimento:

CPF:

Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Endereço Res:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel: Res.

Cel:

Fax:

Email:

Cobertura Contratual

() Amb.Hosp.Com Obst.Enf.

() Amb.Hosp.Com Obst.Apart.

() Uniminas

() Prevsauúde

LEGENDA:

Ex. Beneficiário Unimed: 1 - Sim / 2 - Não	EC - Estado Civil: 1 - Casado / 2 - Solteiro / 3 - Desquitado / 4 - Divorciado / 5 - Viúvo / 6 - Outros	GP- Grau de Parentesco. E-Esposa(o) F-Filho(a)
SX - Sexo: 1 - Masculino / 2 - Feminino	CV - Código de Vinculação: 1 - Sócio / 2 - Dirigente / 3 - Empregado / 4 - Associado/Sindicalizado	

4 DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

1 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: () sim () Não

Código Anterior:

Sede AdministrativaRua Teresópolis, 160
Veneza I – Ipatinga – MG
CEP: 35.164-259
Tel: (31) 2136-2287
Fax: (31) 2136-2201**Departamento de Saúde Ocupacional**Rua Teresópolis, 160
Veneza I – Ipatinga – MG
CEP: 35.164-259
Tel: (31) 2136-2230
Fax: (31) 2136-2228

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento: Número Documento: Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição: SX EC GP CNS:

Data de Nascimento: CPF: Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Cobertura Contratual Amb.Hosp.Com Obst.Enf. Amb.Hosp.Com Obst.Apart. Uniminas Prevsáude

2 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: sim Não Código Anterior:

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento: Número Documento: Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição: SX EC GP CNS:

Data de Nascimento: CPF: Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Cobertura Contratual Amb.Hosp.Com Obst.Enf. Amb.Hosp.Com Obst.Apart. Uniminas Prevsáude

3 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: sim Não Código Anterior:

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento: Número Documento: Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição: SX EC GP CNS:

Data de Nascimento: CPF: Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Cobertura Contratual Amb.Hosp.Com Obst.Enf. Amb.Hosp.Com Obst.Apart. Uniminas Prevsáude

4 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: sim Não Código Anterior:

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento: Número Documento: Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição: SX EC GP CNS:

Data de Nascimento: CPF: Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Cobertura Contratual Amb.Hosp.Com Obst.Enf. Amb.Hosp.Com Obst.Apart. Uniminas Prevsáude

5 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: sim Não Código Anterior:

Filiação: Pai -

Mãe -

Tipo documento: Número Documento: Órgão Expedidor/UF:

Data de expedição: SX EC GP CNS:

Data de Nascimento: CPF: Decl. Nasc. Vivo:

Atividade Profissional desenvolvida:

Sede AdministrativaRua Teresópolis, 160
Veneza I - Ipatinga - MG
CEP: 35.164-259
Tel: (31) 2136-2287
Fax: (31) 2136-2201**Departamento de Saúde Ocupacional**Rua Teresópolis, 160
Veneza I - Ipatinga - MG
CEP: 35.164-259
Tel: (31) 2136-2230
Fax: (31) 2136-2228

Cobertura Contratual

() Amb.Hosp.Com Obst.Enf. () Amb.Hosp.Com Obst.Apart. () Uniminas () Prevsáude

5 VARIAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária	Enfermaria	Apartamento
I – 0 (zero) a 18 (dezoito) anos	-	-
II – 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	31,22%	32,56%
III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	20,98%	21,93%
IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	9,43%	9,14%
V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	2,27%	2,44%
VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	12,68%	12,79%
VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	25,28%	25,33%
VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	18,50%	18,49%
IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	18,88%	18,82%
X – 59 (cinquenta e nove) ou mais	66,60%	66,81%

51 - O custo mensal da Assistência Médica varia conforme a idade do beneficiário TITULAR e DEPENDENTE quando ocorrer mudança de faixa etária dos mesmos, será aplicado reajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, acima especificadas.

52 - Havendo inclusão de novos dependentes será alterado o valor total da mensalidade conforme a faixa etária.

6 PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO

61 - Taxa de Inscrição: Será cobrada por beneficiário inscrito, independente da época a Taxa de R\$ _____ (___).

62 - O valor total da mensalidade, relativo ao beneficiário titular e seus dependentes, será repassado pelo Serjusmig à CONTRATADA.

63 - Nos casos de internações realizadas por quadro de transtorno psiquiátrico, intoxicação/desintoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química, sofrerão co-participação diária de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) a partir do 30º (trigésimo) dia da internação.

64 - Para os planos participativos serão cobrados:

Consultas – R\$ 14,04 (quatorze reais e quatro centavos) por consulta realizada;

Exames Básicos I – R\$ 6,48 (seis reais e quarenta e oito centavos) por procedimento realizado;

Exames Básicos II – R\$ 15,12 (quinze reais e doze centavos) por procedimento realizado;

Exames Especiais I – R\$ 30,24 (trinta reais e vinte quatro centavos) por procedimento realizado;

Exames Especiais II – R\$ 60,48 (sessenta reais e quarenta e oito centavos) por procedimento realizado;

Internação Enfermaria – R\$ 81,00 (oitenta e um reais) por evento;

Internação Apartamento – R\$162,00 (cento e sessenta e dois reais) por evento.

65 - Em caso de mudança do plano Participativo para o Plano Integral, o beneficiário cumprirá todas as carências mencionadas nesta proposta. Neste período, o beneficiário terá o reajuste automático do plano e participará nos procedimentos realizados.

66 - Em caso de mudança para acomodação superior, enfermaria para apartamento, o Beneficiário cumprirá as de carência elencadas no item 8.2 das Condições Especiais.

7 DO VENCIMENTO

7.1 - As contraprestações pecuniárias terão como data de vencimento o dia 15 (quinze) de cada mês.

8 DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 - Na hipótese de rescisão contratual, por qualquer motivo ou circunstância, cabe ao BENEFICIÁRIO devolver à Unimed Vale do Aço as carteiras de identificação que foram fornecidas, se responsabilizando pelas despesas decorrentes da utilização indevida das mesmas.

8.2 - Estou ciente que o contrato foi assinado pela empresa CONTRATANTE/INTERVENIENTE junto à Unimed Vale do Aço (o qual encontra-se a minha disposição) e que estou aderindo à cobertura disposta nesta Proposta de Adesão.

8.3 - Declaro ainda, que preenchi a Proposta de Adesão com atenção, entendi as condições do contrato e ratifico que estou de acordo com todas as cláusulas contratuais. Estou ciente de todas as coberturas contratadas, expressas nesta Proposta de Adesão e contrato pelo qual optei. Fiz declarações em meu nome, de meus dependentes e afirmo que sou responsável pelo cumprimento integral deste contrato.

8.4 - Na oportunidade, declaro para os devidos fins, que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS.

E por estar de pleno acordo, assino esta Proposta de Adesão.

Local _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular ou Representante Legal

Identificação do representante legal do beneficiário

Nome: _____ RG n°: _____ Data da expedição: _____

CPF n°: _____

Endereço: rua _____, n° _____, bairro _____

CEP: _____ - Cidade _____ - MG



Carimbo SERJUSMIG