

**PROPOSTA DE ADESÃO - SERJUSMIG
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – INTEGRAL – 082.8867
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA ESTADUAL**

Contrato nº 8210 – Registro ANS 406.146/99-2
Contrato nº 8211 – Registro ANS 406.162/99-4

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) 2136.2279 Email: comercial@unimedvaledoaco.com.br

2 CONTRATANTE

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, n.º 1984 Bairro: Barro Preto
Cidade: Belo Horizonte UF: MG CEP: 30.180-101
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: EXTENSAO:
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. (X) Uniminas () Prevsauúde (X) Unimed Fone

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:
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. (X) Uniminas () Prevsauúde (X) UnimedFone

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. (X) Uniminas () Prevsauúde (X) UnimedFone

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. (X) Uniminas () Prevsauúde (X) UnimedFone

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. (X) Uniminas () Prevsauúde (X) UnimedFone

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:

Cobertura Contratual

() Amb.Hosp.Com Obst.Enf. () Amb.Hosp.Com Obst.Apart. (X) Uniminas () Prevsáude (X) Unimed Fone

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 | 33,37% | 33,18% |
| III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos | 4,07% | 3,19% |
| IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos | 26,69% | 24,84% |
| V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos | 4,60% | 5,08% |
| VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos | 4,48% | 14,93% |
| VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos | 4,29% | 4,64% |
| VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos | 32,04% | 21,71% |
| IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos | 25,64% | 34,68% |
| X – 59 (cinquenta e nove) ou mais | 46,93% | 46,27% |

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.

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.

83 - 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.

84 - 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