

**PROPOSTA DE ADESÃO - SERJUSMIG  
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – PARTICIPATIVO – AGREGADO - 6243  
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 ( ) Prevsáude

**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.  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:

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	19,92%	19,98%
III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	15,69%	15,66%
IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	15,58%	15,56%
V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	16,54%	16,52%
VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	16,46%	16,45%
VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	16,39%	16,39%
VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	17,36%	17,35%
IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	34,62%	34,60%
X – 59 (cinquenta e nove) ou mais	56,65%	54,63%

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\$ 32,40 (trinta e dois reais e quarenta centavos) por consulta realizada;

Exames Básicos I – R\$ 10,80 (dez reais e oitenta centavos) por procedimento realizado;

Exames Básicos II – R\$ 16,20 (dezesseis reais e vinte centavos) por procedimento realizado;

Exames Especiais I – R\$ 32,40 (trinta e dois reais e quarenta centavos) por procedimento realizado;

Exames Especiais II – R\$ 64,80 (sessenta e quatro reais e oitenta 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**