

TERMO DE ADESÃO/PROPOSTA DE ADMISSÃO
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO MÚLTIPLO 1 – ESTADUAL

O produto que faz parte do presente Contrato está de acordo com a Lei nº 9.656-98 e demais atos normativos que regulamentam os planos de assistência à saúde.

CONTRATADA: Unimed de São João del Rei – Cooperativa de Trabalho Médico

CONTRATANTE: ADUFSJ – SEÇÃO SINDICAL

Será efetuado a inclusão do abaixo indicado e qualificado, como ASSOCIADO do contratante, no contrato coletivo por adesão de prestação de serviços médico-hospitalares acima referenciado, prevalecendo sua inclusão de acordo com o reconhecimento da documentação pela Unimed São João del Rei, à Avenida Hermilio Alves, 210 e ficha de cadastrado, a qual será reconhecida a partir de: ____/____/____.

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 _____

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 DO PRODUTO

Registro ANS

Segmentação

Abrangência

465.416/11-1**Ambulatorial Hospitalar e Obstetrícia Padrão Apartamento****Estadual****PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Faixa Etária	Apartamento	
	Valor (R\$)	Variação (%)
I. 0 (zero) a 18(dezoito) anos	137,11	0,00
II. 19 (dezenove) e 23 (vinte e três) anos	173,47	26,50
III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	204,25	17,75
IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	248,67	21,74
V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	273,27	9,90
VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	303,08	10,91
VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	351,16	15,85
VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	427,89	21,85
IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	542,75	26,85
X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais	726,47	33,85

Taxa de inscrição: Será cobrada a taxa única por beneficiário TITULAR e DEPENDENTE inscrito, independente da época, no valor de R\$ 0,00

Vencimento das Mensalidades: dia 10

O custo mensal de 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, especificadas acima.

CARÊNCIAS

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

INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

As inclusões ou exclusões de beneficiários, bem como as alterações no Plano serão solicitadas por meio do Termo de Adesão, encaminhado à CONTRATADA até o 15º (décimo quinto) dia útil de cada mês, passando a serem reconhecidas no 1º dia do mês subsequente à solicitação.

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 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

É interveniente prestadora deste serviço a UNIMINAS ADMINISTRAÇÃO, PARTICIPAÇÕES E SERVIÇOS MÉDICOS DE URGÊNCIA LTDA, situada à Rua Boaventura, 2312, Aeroporto da Pampulha, Belo Horizonte (MG).

REAJUSTE

Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato, levando-se em conta a inflação verificada no período, medida pelo IGPM (Índice de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas), ou se este índice deixar de ser publicado, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período. Além da atualização prevista no contrato as mensalidades poderão ser revistas, mediante negociação entre as partes, se a receita recebida nos últimos doze meses não for suficiente para cobrir as despesas no atendimento às coberturas do contrato, e ainda quando houver aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

DA VIGÊNCIA E DURAÇÃO DO CONTRATO

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

DISPOSIÇÕES GERAIS E DO REAJUSTE

O beneficiário titular declara conhecer as condições gerais do contrato firmado entre a Unimed São João del Rei e a ADFUNREI – Seção Sindical, 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. O beneficiário titular responsabiliza-se pelo pagamento à Contratante, das mensalidades, taxas de inscrições, 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 ADFUNREI – Seção Sindical, 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.

ASSINATURA DAS PARTES

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

Local: _____ Data: ____/____/____.

BENEFICIÁRIO TITULAR

CONTRATANTE

CONTRATADA



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

