



**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-S.SIND**

---

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 \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

---

**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  
**465.416/11-1**

Segmentação  
**Ambulatorial Hospitalar e Obstetria**

Acomodação  
**Apartamento**

Abrangência  
**Estadual**

#### PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Faixa Etária	Apartamento	
	Valor (R\$)	Varição(%)
I. 0 (zero) a 18( dezoito) anos		0,00 %
II. 19 (dezenove) e 23 (vinte e três) anos		26,50 %
III. 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos		17,75 %
IV. 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos		21,74 %
V. 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos		9,90 %
VI. 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos		10,91 %
VII. 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos		15,85 %
VIII. 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos		21,85 %
IX. 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos		26,85 %
X. 59 (cinquenta e nove) anos ou mais		33,85 %

#### 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 termo 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 10º (décimo) 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 **UNIMED TRANSPORTE AEROMÉDICA MG LTDA**, situada à Av. Brasil, 491- 2º andar, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30140.000.

---

#### **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 ADUFSJ- 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, 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, taxas de inscrições, valores das co-participações, 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 ADUFSJ-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