

**PROPOSTA DE ADESÃO - SERJUSMIG  
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – INTEGRAL - 6242  
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA ESTADUAL**

11- Contrato nº 0671 – Registro ANS 406.146.99-2

15- Contrato nº 0672 – 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) 2136.2227 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: 30.180-101

Tel: (31) 3025-3500 – 3025-3503 – 3025-3502 Fax: (31) 3025-3501

Email: serjuszmg@serjuszmg.org.br Representante Legal: Sandra Margareth Silvestrini de Souza

**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:

**Sede Administrativa**  
Rua Teresópolis, 160  
Veneza I – Ipatinga – MG  
CEP: 35.164-259  
Tel: (31) 2136-2287  
Fax: (31) 2136-2201

Site: www.unimedvaledoaco.com.br

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

Fax: (31) 2136-2228

E-mail: [dso@unimedvaledoaco.com.br](mailto:dso@unimedvaledoaco.com.br)**ANS nº 35.928-9**

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      ( ) Prevsauúde

**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%

5.1 - 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.

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

**6 PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO**

6.1 - Taxa de Inscrição: Será cobrada por beneficiário inscrito, independente da época a Taxa de R\$ \_\_\_\_\_

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

6.3 - 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.

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**