

**PROPOSTA DE ADESÃO - SERJUSMIG  
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – PARTICIPATIVO - 2162  
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: 30.180-101

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

Fax: (31) 3025-3501

Email: serjusrmig@serjusrmig.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

**LEGENDA:**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Ex. Beneficiário Unimed:<br>1 - Sim / 2 - Não | EC - Estado Civil: 1 - Casado / 2 - Solteiro / 3 -<br>Desquitado / 4 - Divorciado / 5 - Viúvo / 6 - Outros | GP- Grau de Parentesco. E-Esposa(o) F-Filho(a) |
| SX - Sexo: 1 - Masculino /<br>2 - Feminino    | CV - Código de Vinculação: 1 - Sócio / 2 - Dirigente /<br>3 - Empregado / 4 - Associado/Sindicalizado      |  |

**4 DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**

1 - Nome:

Ex. Beneficiário Unimed: ( ) sim ( ) Não

Código Anterior:

**Sede Administrativa**Rua Teresópolis, 160  
Veneza I – Ipatinga – MG  
CEP: 35.164-259  
Tel: (31) 2136-2287  
Fax: (31) 2136-2201**Departamento de Saúde Ocupacional**Rua Teresópolis, 160  
Veneza I – Ipatinga – MG  
CEP: 35.164-259  
Tel: (31) 2136-2230  
Fax: (31) 2136-2228

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

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

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

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

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

**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               | 31,22%     | 32,56%      |
| III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos        | 20,98%     | 21,93%      |
| IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos          | 9,43%      | 9,14%       |
| V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos        | 2,27%      | 2,44%       |
| VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos       | 12,68%     | 12,79%      |
| VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos  | 25,28%     | 25,33%      |
| VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos  | 18,50%     | 18,49%      |
| IX – 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos | 18,88%     | 18,82%      |
| X – 59 (cinquenta e nove) ou mais                         | 66,60%     | 66,81%      |

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.

6.4 - Para os planos participativos serão cobrados:

Consultas – R\$ 13,00 (treze reais) por consulta realizada;

Exames Básicos I – R\$ 6,00 (seis reais) por procedimento realizado;

Exames Básicos II – R\$ 14,00 (quatorze reais) por procedimento realizado;

Exames Especiais I – R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por procedimento realizado;

Exames Especiais II – R\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) por procedimento realizado;

Internação Enfermaria – R\$ 75,00 (setenta e cinco reais) por evento;

Internação Apartamento – R\$150,00 (cento e cinquenta reais) por evento.

6.5 - 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.

6.6 - 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**