

Proposta de Adesão ao Plano de Saúde Suplementar - Coletivo



DADOS DA CONTRATADA					
RAZÃO SOCIAL Unimed Goiania Cooperativa De Trabalho Médico			NOME FANTASIA Unimed Goiania		CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REGISTRO NA JUCEG 52.40000826-5	REGISTRO P. NA ANS. Nº 382876	CRM 232
ENDEREÇO PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/ T-1).			BAIRRO SETOR BUENO		
CIDADE GOIÂNIA		UF GO	CEP 74.210 - 250	TELEFONE (62) 3216- 8000 / 0800 642 8008	

DADOS DO CONTRATANTE					
CÓDIGO 50156	FILIAL 11	RAZÃO SOCIAL SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO			
NOME DE FANTASIA ADUFG SINDICATO					
CEP 74.643-080	ENDEREÇO AV NONA AVENIDA				NÚMERO 193
COMPLEMENTO		BAIRRO LESTE VILA NOVA	CIDADE GOIÂNIA		UF GO
DDD/TELEFONE (62)3202-1280	COMERCIAL (62) 3202-1280	CELULAR	E-MAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO) convenio@adufg.org.br		
CNPJ / CEI 02.721.652/0001-40		INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0500410	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
CEP	ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA O mesmo				NÚMERO
COMPLEMENTO		BAIRRO	CIDADE		UF

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE					
NOME FLÁVIO ALVES DA SILVA			CARGO PRESIDENTE		
REGISTRO GERAL 136.730	ÓRGÃO EMISSOR SSP-TO	CPF 546.831.901-25	DATA DE NASCIMENTO 04/03/1974	TELEFONE (62)3202-1280	
NOME DANIEL CHRISTINO			CARGO VICE-PRESIDENTE		
REGISTRO GERAL 2015932	ÓRGÃO EMISSOR SSP-GO	CPF 796.654.111-87	DATA DE NASCIMENTO 01/06/1973	TELEFONE (62)3202-1280	
NOME			CARGO		
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE ()	

PESSOA PARA CONTATO			
NOME Adriana Cristina S. Neves		DEPTO. (SETOR) Coordenadora dos Convênios	DDD/TELEFONE (62)3202-1280

DADOS DO PLANO					
EDIÇÃO 6ª	NOME COMERCIAL UNIADESÃO COOPERATIVO			CÓD. PLANO (USO EXCLUSIVO CADASTRO)	
TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITAL COM OBSTETRÍCIA			REGISTRO NA ANS 416.125/99-4	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO APARTAMENTO	INÍCIO VIGÊNCIA (DD/MM/AAAA) 10/02/2017	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA		DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL	
CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 3ª DIÁRIA) COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO			ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
COPARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA SIM - 50% SOBRE: CONSULTAS			LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO NÃO		
FORMAÇÃO DO PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO			INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE R\$ ISENTO		
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (SERVIÇO OPCIONAL) UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA			VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 7,87 (SETE REAIS E OITENTA E SETE CENTAVOS)		OPCIONAL POR FAMÍLIA NÃO
O BENEFICIÁRIO CONTRIBUI NO PAGAMENTO DA MENSALIDADE			Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL 03		

PARA CONTRATOS EM CUSTO OPERACIONAL	MANUTENÇÃO MENSAL POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE: R\$	
	TAXA ADMINISTRATIVA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS DE:	%

AUTORIZAÇÃO DO CONTRATANTE PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

NÃO -

DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

As faixas etárias para cálculo e definição dos valores das contraprestações pecuniárias deste plano, bem como o percentual de variação de cada faixa em relação àquela imediatamente anterior, são as seguintes:

FAIXAS ETÁRIAS	VALOR ACOMODAÇÃO: INDIVIDUAL	% VARIAÇÃO ENTRE AS FAIXAS
0 A 18 ANOS	R\$ 140,63	0,00 %
19 A 23 ANOS	R\$ 172,96	22,99 %
24 A 28 ANOS	R\$ 195,08	12,79 %
29 A 33 ANOS	R\$ 221,26	13,42 %
34 A 38 ANOS	R\$ 252,19	13,98 %
39 A 43 ANOS	R\$ 295,42	17,14 %
44 A 48 ANOS	R\$ 383,69	29,88 %
49 A 53 ANOS	R\$ 498,53	29,93 %
54 A 58 ANOS	R\$ 647,94	29,97 %
59 ANOS OU MAIS	R\$ 843,68	30,21 %

A mudança de faixa etária definida na tabela acima, em razão do aniversário do(s) beneficiário(s) inscrito(s) nesse contrato, ensejará alteração e majoração da contraprestação pecuniária, passando para a faixa imediatamente a seguir.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

Item 1 - ALTERA-SE o item "11.1.4" ao subitem 11.1.4.3 da "CLÁUSULA XI – REAJUSTE", passando a vigor com a seguinte redação:

10 de Outubro de cada ano é considerado como DATA BASE para a aplicação das atualizações, revisões e alterações dos valores das contraprestações pecuniárias do contrato, bem como eventuais valores de limite de participação, unificando neste ato, a aplicação de reajuste deste contrato ao do Grupo Empresarial e/ou contrato SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO Cod.: 50156-O.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obriguem.

Fica definido como foro o município sede do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE

DECLARO para todos os fins, que estou ciente que a cobertura assistencial será prestada pela CONTRATADA dentro da ÁREA DE ATUAÇÃO definida nas Condições Gerais do plano contratado.

DECLARO estar ciente que o valor das mensalidades deste contrato foi elaborado de acordo com a quantidade de beneficiários e suas faixas etárias apresentadas à CONTRATADA, e, caso seja comprovada a variação superior a 5% (cinco por cento) para mais ou para menos na quantidade total de beneficiários inscritos no plano, a CONTRATADA poderá promover a readequação dos preços do contrato, ENSEJANDO nova elaboração de



proposta de preços e a consequente assinatura de novo contrato de plano de saúde de acordo com a efetiva quantidade de beneficiários.

DECLARO ainda, que recebi da Unimed Goiânia:

1. Um Guia Médico por titular;
2. Os Dispositivos Contratuais referentes ao plano de assistência à saúde ora contratado, tendo ciência de que os mesmos são parte integrante do presente contrato;
3. Um Guia de Leitura Contratual e um Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, por titular, os quais optei por receber em material impresso.
4. Condições Gerais do Serviço Opcional: UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente contrato, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Goiânia, 10 de Fevereiro de 2017. → *hãõ data*

Assinon e Caubor

Prof. Flávio Alves da Silva
ADUFG - Sindicato
Diretor Presidente

Aracis Ferreira da Silva
Gerente de Mercado
Unimed Goiânia - ADM

SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES
FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO
CNPJ: 02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS	
1 - <i>Paulo Roberto dos Santos Junior</i> CPF: 006.767.321-00 RG: 4006992 DGPC GO Assinatura	2 - <i>Aline Gonçalves do Nascimento</i> CPF: 930.446.571-49 RG: 4104051 SSP GO Assinatura
NOME:	NOME:
CPF:	CPF:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA	
CÓDIGO	NOME DO VENDEADOR



Declaro para todos os efeitos legais que a Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico me ofereceu o **Plano Referência (Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia) em acomodação Enfermaria**, o qual atende a exigência da Lei 9.656/98 e resoluções editadas pela ANS, e que mesmo esclarecido (a) e ciente da disponibilidade do Plano Referência, **NÃO OPTEI POR ESTE PRODUTO.**

FAÇO A OPÇÃO, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado "UNIADESÃO COOPERATIVO", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº "416.125/99-4", por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente na presença das testemunhas.

Goiânia, 10 de Fevereiro de 2017. → não datar

*U
Assinar
e
Goumbor*

*Prof. Flávio Alves da Silva
ADUFG - Sindicato
Diretor Presidente*

*Afranio Fereira da Silva
Gestor de Mercado
Unimed Goiânia - ADM*

SINDICATO DOS DOCENTES DAS
UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG
SINDICATO
CNPJ: 02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico
CONTRATADA

Testemunhas:

<p>1- Paulo Roberto dos Santos Junior CPF: 006.767.321-00 RG: 4806292 DGPC GO assinatura <i>[assinatura]</i></p>	<p>2- <i>[assinatura]</i> Aline Gonçalves do Nascimento CPF: 983.008.671-49 RG: 4194051 SSP GO</p>
<p>Nome:</p>	<p>Nome:</p>
<p>CPF:</p>	<p>CPF:</p>

Aditivo ao Contrato de Plano de Saúde Suplementar Coletivo, celebrado entre as partes abaixo qualificadas.

N.º 01

CONTRATANTE: SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO, pessoa jurídica de direito privado, sediada à AV NONA AVENIDA, Nº193, LESTE VILA NOVA, GOIÂNIA-GO, CEP: 74.643-080, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.721.652/0001-40.

CONTRATADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.476.067/0001-22, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 382876, classificada naquela Agência como cooperativa médica, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital.

Por este termo particular de Aditivo Contratual, as partes acima qualificadas, que a este subscrevem, alteram o Contrato de Plano de Saúde Suplementar, **PLANO COLETIVO POR ADESÃO**, denominado "**UNIADESÃO COOPERATIVO**", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o n.º 416.125/99-4, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – ALTERAM os itens 2.8, 2.9, 2.10, 2.11 e 2.12, todos da Cláusula II – Condições de Admissão, que passam a vigor com a seguinte redação:

2.8 – O recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, terá a sua inscrição assegurada como dependente isento do cumprimento dos períodos de carência, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.

2.9 – O filho adotivo menor de 12 (doze) anos e/ou o cônjuge recém-casado terão assegurada a inscrição como dependente com o aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular, desde que inscrito no prazo máximo de trinta dias do evento que lhe conferiu o direito da inscrição (adoção e casamento).

2.10 – A inscrição do filho adotivo menor de 12 (doze) anos e/ou do cônjuge recém-casado estará sujeita à Declaração de Doença ou Lesão Preexistente e, se assim for o caso, ao cumprimento de Cobertura Parcial Temporária em conformidade com o disposto sobre o tema neste instrumento.

2.11 – A inscrição de dependentes ora descritos nesta cláusula poderá ser efetuada após o prazo máximo de trinta dias do evento que lhe conferiu o direito da inscrição, observados os prazos de carências previstos nestas condições gerais em cláusula própria.

2.12 – Os beneficiários inscritos farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições dispostas neste instrumento quanto ao cumprimento dos prazos de Carências e de Cobertura Parcial Temporária.

CLÁUSULA SEGUNDA – EXCLUEM o item 2.13, da Cláusula II – Condições de Admissão.



CLÁUSULA TERCEIRA – ALTERAM, o item 3.3.1 – inciso IX - Cláusula III – Coberturas e Procedimentos Garantidos que passa a ter a seguinte redação:

IX - Despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, nas mesmas condições da cobertura contratada, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente.

CLÁUSULA QUARTA – RETIFICAM o item 3.3.1, inciso XIX – Cláusula III – Coberturas e Procedimentos Garantidos, em conformidade com o disposto a seguir:

XIX- Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

CLÁUSULA QUINTA – RETIFICAM o item 6.2.2, Cláusula VI – Períodos de Carência, conforme redação abaixo:

O CONTRATANTE compromete-se a manter a quantidade mínima de 30 (trinta) beneficiários durante a vigência deste, para fins da garantia dos benefícios previstos nesta Cláusula.

CLÁUSULA SEXTA – EXCLUEM dos Serviços e Coberturas Adicionais descritos no contrato ora celebrado, o item 2 "DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL" e seus subitens, bem como toda e qualquer referência ao mesmo, tornando-os sem qualquer efeito legal.

CLÁUSULA SÉTIMA - Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato primitivo, não conflitantes com este termo aditivo, que passa a integrar o referido contrato.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Goiânia, 10 de Fevereiro de 2017. -> não datau

U. Abbinar e Goumber

Prof. Flávio Alves da Silva
ADUFG - Sindicato
Diretor Presidente

Afranio Ferreira da Silva
Gerente de Mercado
Unimed Goiânia - ADM

SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES
FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO
CNPJ: 02.721.652/0001-40
CONTRATANTE

Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico
CONTRATADA

Testemunhas:	
1- Paulo Roberto dos Santos Junior CPF: 006.767.321-00 RG: 4606392 DGPC GO assinatura	2- Aline Gonçalves do Nascimento CPF: 989.446.571-49 RG: 4194051 SSP GO assinatura
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

Proposta de Adesão ao Plano de Saúde Suplementar - Coletivo



DADOS DA CONTRATADA					
RAZÃO SOCIAL Unimed Goiás Cooperativa De Trabalho Médico			NOME FANTASIA Unimed Goiás		CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REGISTRO NA JUCEG 52.40000826-5	REGISTRO P. NA ANS. Nº 382876	CRM 232
ENDEREÇO PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/ T-1).			BAIRRO SETOR BUENO		
CIDADE GOIÂNIA	UF GO	CEP 74.210 - 250	TELEFONE (62) 3216- 8000 / 0800 642 8008		

DADOS DO CONTRATANTE					
CÓDIGO 50156	FILIAL 11	RAZÃO SOCIAL SINDICATO DOS DOCENTES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE GOIAS - ADUFG SINDICATO			
NOME DE FANTASIA ADUFG SINDICATO					
CEP 74.643-080	ENDEREÇO AV NONA AVENIDA				NÚMERO 193
COMPLEMENTO		BAIRRO LESTE VILA NOVA	CIDADE GOIÂNIA	UF GO	
DDD/TELEFONE (62)3202-1280	COMERCIAL (62) 3202-1280	CELULAR	E-MAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO) convenio@adufg.org.br		
CNPJ / CEI 02.721.652/0001-40		INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0500410	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
CEP	ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA O mesmo				NÚMERO
COMPLEMENTO		BAIRRO	CIDADE	UF	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE					
NOME FLÁVIO ALVES DA SILVA			CARGO PRESIDENTE		
REGISTRO GERAL 136.730	ÓRGÃO EMISSOR SSP-TO	CPF 546.831.901-25	DATA DE NASCIMENTO 04/03/1974	TELEFONE (62)3202-1280	
NOME DANIEL CHRISTINO			CARGO VICE-PRESIDENTE		
REGISTRO GERAL 2015932	ÓRGÃO EMISSOR SSP-GO	CPF 796.654.111-87	DATA DE NASCIMENTO 01/06/1973	TELEFONE (62)3202-1280	
REGISTRO GERAL			ÓRGÃO EMISSOR	CPF	DATA DE NASCIMENTO
					TELEFONE ()

PESSOA PARA CONTATO			
NOME Adriana Cristina S. Neves		DEPTO. (SETOR) Coordenadora dos Convênios	DDD/TELEFONE (62)3202-1280

DADOS DO PLANO					
EDIÇÃO 6ª	NOME COMERCIAL UNIADESÃO COOPERATIVO			CÓD. PLANO (USO EXCLUSIVO CADASTRO)	
TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO		TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITAL COM OBSTETRÍCIA		REGISTRO NA ANS 416.124/99-6	
PADRÃO DE ACOMODADAÇÃO ENFERMARIA		INÍCIO VIGÊNCIA (DD/MM/AAAA) 10/02/2013	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL	
CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 3ª DIÁRIA) COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO			ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ÂMBITO NACIONAL <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		
COPARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA SIM - 50% SOBRE CONSULTAS			LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO NÃO		
FORMAÇÃO DO PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO			INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE R\$ ISENTO		
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (SERVIÇO OPCIONAL) UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA			VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 7,87 (SETE REAIS E OITENTA E SETE CENTAVOS)	OPCIONAL POR FAMÍLIA NÃO	
O BENEFICIÁRIO CONTRIBUI NO PAGAMENTO DA MENSALIDADE			Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL 03		

