Nº AUXILIAR: 0293498

Unimed Belo Horizonte

UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO ESTADUAL - CONTRATAÇÃO COLETIVA
Proposta de Admissão Nº 44890
UNIMED BH – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.
CNPJ: 16.513.178/0001-76, Registro ANS: 34.388 – 9 Rua dos Inconfidentes, 44 -Bairro Funcionários - CEP 30.140-120- Belo Horizonte – MG.
Ligação Gratuita 0800 030 30 03

1. DADOS DA CONTRATANTE

Razão Social
ASSOCIACAO DOS ECONOMIARIOS APONSENTADOS DE MINAS GERAIS

Tipo	Nome Fantasia	CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual
PJ	AEA MG	21.613.427/0001-35	0153262001X	ISENTO

Endereço de **CORRESPONDÊNCIA** (Local de recebimento de fatura, kit, cartões e demais correspondências)AV AMAZONAS , 298 - SALA 102 BAIRRO CENTRO - BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS CEP: 30180904

Telefone Comercial 31	Fax	E-mail	Contato	Cargo
999721334	NENHUM	AEAMG@AEAMG.ORG.BR	MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	PRESIDENTE

Endereço **COBRANÇA** (Local de recebimento de boleto)
AV AMAZONAS , 298 - SALA 102 BAIRRO CENTRO - BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS CEP: 30180904

Telefone Comercial 31	Fax	E-mail	Contato	Cargo
999721334	NENHUM	AEAMG@AEAMG.ORG.BR	MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	PRESIDENTE

Endereço **VISITA** (local de comparecimento do Analista de Relacionamento da Unimed BH)
AV AMAZONAS , 298 - SALA 102 BAIRRO CENTRO - BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS CEP: 30180904

Telefone Comercial 31	Fax	E-mail	Contato	Cargo
999721334	NENHUM	AEAMG@AEAMG.ORG.BR	MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	PRESIDENTE

Endereço **FATURA** (Informação que será exibida na Nota Fiscal de serviços)
AV AMAZONAS , 298 - SALA 102 BAIRRO CENTRO - BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS CEP: 30180904

Grupo de Contratantes	Nome para cartão	Setor	Sub-setor: COMUNICACAO E PUBLICIDADE
288831	AEA-MG	SERVICOS	**ISSQN:** ■ UNIMED BH ☐ CONTRATANTE

DS MMDA

DS IFG

2. CARACTERÍSTICA DO PRODUTO / COBERTURA

Plano: UNIPART FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAOCOBRANCA FATURADA Abrangência: ESTADUAL - Rede: REDE AMPLA - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA	**Acomodação** ENFERMARIA	**Registro ANS** 459443096
	Acomodação APARTAMENTO	**Registro ANS** 459445092

3. PRODUTOS E SERVIÇO OPCIONAIS

Tipo	Prestador	Cobertura	Registro ANS
Odontologia	ODONTOPREV	ESTENDIDO	460367092
	UNIMED ODONTO	ESTENDIDO	459819099
Aeromedico	UNIMINAS	-	-

4. DIA DO VENCIMENTO (Fatura em pré-pagamento): 20

5. DATA DE VENDA E VIGÊNCIA:

VENDA:	VIGÊNCIA:	
09/03/2021	01/08/2021	O(s) contrato(s) terá(ao) duração mínima de 12(doze) meses, contados a partir da data de vigência. Esta data de início poderá ser alterada caso a **Declaração de Saúde** de um ou mais associados acuse necessidade deuma análise mais detalhada, desde que a contratante apresente contingente menor que 30 vidas.

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO PARA ASSOCIADOS DA AEAMG – ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS DE MG, CNPJ 21.613.427/0001-35. EXIGIDO PREENCHIMENTO DE DECLARACAO DE SAUDE, PORTANTO HAVERÁ ALEGACAO DE DOENCAS E LESOES PREEXISTENTES. NAO SERA EXIGIDO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARENCIAS, DESDE QUE A INCLUSAO OCORRA NO PRAZO MAXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS DA DATA DE VIGENCIA DO CONTRATO. PERMITIDA A INCLUSÃO DE DEPENDENTES LEGAIS (CONJUGE, E FILHOS ATÉ 30 ANOS DE IDADE). ISENÇÃO DE CARÊNCIAS TOTAIS NO MÊS DE ANIVERSÁRIO DO CONTRATO. SÃO ELEGÍVEIS OS PROFISSIONAIS ASSOCIADOS COM VINCULO ATIVO JUNTO A AEA-MG.
COMPROVAÇÃO DE ELEGIBILIDADE: DECLARAÇÃO DA ENTIDADE EMITIDA COM PRAZO DE ATÉ 30 DIAS DATA DA DATA DE ADESÃO AO PLANO ATESTANDO QUE BENEFICIÁRIO SE MANTEM ATIVO E REGULAR NA CONDIÇÃO DE ASSOCIADO DA AEA-MG. APRESENTAR DOCUMENTO QUE COMPROVE QUE O BENEFICIARIO EXERCEU OU EXERCE A PROFISSÃO DE ECONOMIÁRIO: CONTRATO DE TRABALHO OU TERMO DE POSSE NO CARGO OU CONTRACHEQUE. NO CASO DE PENSIONISTAS, APRESENTAR DOCUMENTO QUE COMPROVE QUE A PESSOA RESPONSÁVEL POR GERAR O DIREITO À PENSÃO FOI ECONOMIÁRIO DA CAIXA. MEE 01, 11 E 21. ANÁLISE JURÍDICA N. JUR0004876.

7. DADOS DA VENDA

Cód.: 107 - Canal: GRCC - ADESAO// Cód.: 10- Vendedor: MEYRIELLE MOURO LOPES
C
ód.: 106 - Analista de Relacionamento: MEYRIELLE MOURO LOPES

8. VALORES

Faixas Etárias / Idade	Valores de Mensalidades de Produto Assistencial – Enfermaria – Preço Unitário R$	Enfermaria – Variação %	Apartamento – Preço Unitário R$	Apartamento – Variação %
0 - 18	130.19	-	175.75	-
19 - 23	156.23	20.00	210.91	20.01
24 - 28	193.73	24.00	261.51	23.99
29 - 33	240.22	24.00	324.27	24.00
34 - 38	269.05	12.00	363.19	12.00
39 - 43	279.81	4.00	377.72	4.00
44 - 48	352.56	26.00	475.94	26.00
49 - 53	401.92	14.00	542.58	14.00
54 - 58	478.29	19.00	645.67	19.00
59 - 999	779.61	63.00	1052.44	63.00

Co-participação ENFERMARIA - Valores Fixos

Procedimentos	Rede R$
Consultas Medicas de Urgencia e Emergencia - PA	53,60
Consultas Médicas em Consultório	42,90
Internação	126,00

Co-participação ENFERMARIA - Valores e % Aplicados

Procedimentos	Rede R$	Rede %
Exames e Terapias Diferenciadas	120,00	50,00
Exames e Terapias Reduzidas	40,00	50,00
Procedimentos Diferenciados	120,00	50,00
Procedimentos Reduzidos	40,00	50,00

Co-participação APARTAMENTO - Valores Fixos

Procedimentos	Rede R$
Consultas Medicas de Urgencia e Emergencia - PA	53,60
Consultas Médicas em Consultório	42,90
Internação	253,00

Co-participação APARTAMENTO - Valores e % Aplicados

Procedimentos	Rede R$	Rede %
Exames e Terapias Diferenciadas	120,00	50,00
Exames e Terapias Reduzidas	40,00	50,00
Procedimentos Diferenciados	120,00	50,00
Procedimentos Reduzidos	40,00	50,00

Valores dos Serviços Opcionais

Serviço	Prestador	Cobertura	Preço Unitário
Odontologia	Odontoprev	Estendido	R$ 22,60
	UNIMED ODONTO	Estendido	R$ 22,60
Aero	Uniminas	Transporte Aeromedico	R$ 3,20

COPARTICIPAÇAO HOSPITAL-DIA: O valor será o correspondente ao de internação enfermaria, independentemente da acomodação contratada, conforme tabela de coparticipação do produto.

	Valor
Internação Hospital Dia	R$ 126.00

Taxa de inscrição: Associados inscritos na data de vigência do contrato: R$ 12,80 - Inscritos em data posterior R$ 12,80
A taxa de inscrição para associados inscritos em data posterior será corrigida anualmente, no mês de agosto, pelo índice de reajuste de planos de saúde, divulgado pela AgênciaNacional de Saúde Suplementar (ANS).
Taxa de emissão de nova via de cartão: Para emissão de nova via de cartão de identificação, solicitada pelo contratante ou pelo beneficiário, será exigido o pagamento de uma taxa por cada cartão solicitado, a ser faturada juntamente com a mensalidade, no valor vigente à época e disponível para consulta no site www.unimedbh.com.br. A taxa de emissão de novavia de cartão será corrigida anualmente no mês de agosto pelo índice de reajuste de planos de saúde vigente, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA
a) Internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, isento de coparticipação pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato, não acumulativos.
b) A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira do proponente/representante fixada em 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia.

9. CARÊNCIAS (A partir da data de início de vigência)

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, nos termos da lei;
- 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnósticos e terapia;
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- 180 (cento e oitenta) dias para demais cirurgias;
- 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- 180 (cento e oitenta) dias para diálise hemodiálise e fisioterapia;
- 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos;
- 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- 60 (sessenta) dias para transporte aeromédico;
- 90 (noventa) dias para tratamentos odontológicos.

Importante: a redução ou eliminação de carências é uma concessão, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed BH, após examinadatoda a documentação do(s) associado(s).

10. DECLARAÇAO DA CONTRATANTE

Declaramos, na qualidade de responsáveis legais pela empresa contratante, que:
(a) lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do(s) contrato(s), bem como dos produtos e serviços opcionais contratados, cujas exclusões estão de acordo com os preços estipulados;
(b) compreendemos o teor das tabelas do item valores, entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições, formas de pagamento e reajustes;
(c) comprometemo-nos a informar aos associados inscritos no(s) contrato(s) os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões, bem como eventuais alterações contratuais;
(d) em caso de alegação de Doenças e Lesões Preexistentes haverá CPT (Cobertura Parcial Temporária).

Local e data	Assinatura do representante da empresa (conforme documento de identificação apresentado)
Belo Horizonte, 07 de junho de 2021	

DocuSigned by:
Mauricio Marques de Aguiar
62B3B4586F5F47B...

DocuSigned by:
Itamar Ferreira Gomes
65D1591BE900409...

DS MML DS ICBM