

	UNIFÁCIL FLEX COPARTICIPATIVO - CONTRATAÇÃO COLETIVA Proposta de Admissão Nº 44888 UNIMED BH – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO. CNPJ: 16.513.178/0001-76, Registro ANS: 34.388 – 9 Av. Francisco Sales, 1483 -Bairro Santa Efigênia - CEP 30.150-221 - Belo Horizonte – MG. Ligação Gratuita 0800 030 30 03
---	---

1. DADOS DA CONTRATANTE

Razão Social ASSOCIACAO DOS ECONOMIARIOS APOSENTADOS DE MINAS GERAIS				
Tipo PJ	Nome Fantasia AEA MG	CNPJ 21.613.427/0001-35	Inscrição Municipal 0153262001X	Inscrição Estadual ISENT0
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 Comercial31 99972-1334	Fax NENHUM	E-mail AEAMG@AEAMG.ORG.BR	Contato MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	Cargo PRESIDENTE
Endereço COBRANÇA (Local de recebimento de boleto) AV AMAZONAS , 298 - SALA 102 BAIRRO CENTRO - BELO HORIZONTE /MINAS GERAIS CEP: 30180904				
Telefone Comercial31 99972-1334	Fax NENHUM	E-mail AEAMG@AEAMG.ORG.BR	Contato MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	Cargo 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 Comercial31 99972-1334	Fax NENHUM	E-mail AEAMG@AEAMG.ORG.BR	Contato MAURICIO MARQUES DE AGUIAR	Cargo 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 288831	Nome para cartão AEA-MG	Setor SERVICOS	Sub-setor: COMUNICACAO E PUBLICIDADE ISSQN: <input checked="" type="checkbox"/> UNIMED BH <input type="checkbox"/> CONTRATANTE	

ds
MMDA

ds
IFG

2. CARACTERÍSTICA DO PRODUTO / COBERTURA

Plano: UNIFACIL FLEX - CO-PARTICIPATIVO - Contratação: COLETIVO ADESAOCOBANCA FATURADA Abrangência: REGIONAL B - GRUPO DE MUNICIPIOS -Rede: REDE UNIFACIL - Cobertura: AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTETRICIA	Acomodação ENFERMARIA	Registro ANS 459579093
--	---------------------------------	----------------------------------

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: 09/03/2021	VIGÊNCIA: 01/08/2021	O(s) contrato(s) terá(o) 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 de uma 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 BENEFICIÁRIO 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
Cód.: 106 - Analista de Relacionamento: MEYRIELLE MOURO LOPES

8. VALORES

Faixas Etárias	Valores de Mensalidades de Produto Assistencial		Co-participação ENFERMARIA - Valores Fixos			Co-participação ENFERMARIA - Valores e % Aplicados				
	Enfermarias		Procedimentos	Rede	Fora da Rede	Procedimentos	Rede		Fora da Rede	
	Preço Unitário	Variação		R\$	R\$		R\$	%	R\$	%
Idade	R\$	%								
0 - 18	82.59	-	Consultas Médicas de Urgência e Emergência - PA	50,60	53,60	Exames e Terapias Diferenciadas	120,00	50,00	120,00	50,00
19 - 23	99.11	20.00	Consultas Médicas em Consultório	42,90	42,90	Exames e Terapias Reduzidas	40,00	50,00	40,00	50,00
24 - 28	122.90	24.00	Internação	103,00	126,00	Procedimentos Diferenciados	120,00	50,00	120,00	50,00
29 - 33	152.40	24.00				Procedimentos Reduzidos	40,00	50,00	40,00	50,00
34 - 38	170.68	11.99								
39 - 43	177.52	4.01								
44 - 48	223.67	26.00								
49 - 53	254.98	14.00								
54 - 58	303.43	19.00								
59 - 999	494.58	63.00								

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

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

	Rede	Fora da Rede
Internação Hospital Dia	R\$ 103.00	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 Agência Nacional 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 taxapor 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 nova via 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 enfermarias psiquiátricas 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. CARENCIAS (A partir da data de início de vigência)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 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 hemodíalise e fisioterapia; - 180 (cento e oitenta) dias para internações; | <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Importante: a redução ou eliminação de carências é uma concessão, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed BH, após examinada toda a documentação do(s) associado(s).</p> |
|---|---|

10. DECLARAÇÃO 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
Belo Horizonte, 07 de junho de 2021

Assinatura do representante da empresa (conforme documento de identificação apresentado)

DocuSigned by:

Mauricio Marques de Aguiar

62B3B4586F5F47B...

DocuSigned by:

Itamar Ferreira Gomes

65D1591BE900409...

DS
MML

DS
ICBM