

Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial

Unimed
Goiâniasomos
coop

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico		NOME FANTASIA Unimed Goiânia		CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS Cooperativa Médica	
CNPJ 02.476.067/0001-22	INSCRIÇÃO ESTADUAL Isento	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 028546-3	REG. NA JUCEG 52.40000826-5	REG. 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 DA CONTRATANTE

Nº CONTRATO 8442000004	EMPRESA 8442	RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR			ABERTURA 02/07/1985
NOME FANTASIA FIMES				CNAE 85.31-7-00	
CNPJ / CEI 01.465.988/0001-27		NATUREZA JURÍDICA 1155			SITUAÇÃO ATIVA
CEP 75833-130	ENDEREÇO R VINTE E DOIS		COMPLEMENTO *****		NÚMERO S/N
BAIRRO AEROPORTO			CIDADE MINEIROS		UF GO
DDD (64)	TELEFONE RESIDENCIAL 9906-3522		DDD (64)	COMERCIAL CELULAR 9652-6352	
E-MAIL gestaodepessoas@unifimes.edu.br		FATURA POR E-MAIL SIM	INSCRIÇÃO MUNICIPAL ISENTO	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
CEP 75833-130	ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA) R VINTÉ E DOIS		COMPLEMENTO Q 15 L 1		NÚMERO S/N
BAIRRO AEROPORTO			CIDADE MINEIROS		UF GO

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA CONTRATANTE

NOME JULIENE REZENDE CUNHA				CARGO REITORA	
REGISTRO GERAL 3315365	ORGÃO EMISSOR SSP GO	CPF 036.690.796-45	DATA NASCIMENTO 01/11/1976	DDD (64)	TELEFONE 9652-6352
NOME				CARGO	
REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA NASCIMENTO	DDD	TELEFONE

PESSOA PARA CONTATO

NOME VALDIENE / ZÉLIA			DEPTO. (SETOR) ADM	DDD (64)	TELEFONE 9652-6352
--------------------------	--	--	-----------------------	-------------	-----------------------

DADOS DO PLANO

TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL	NOME COMERCIAL E ACOMODAÇÃO UNIEMPRESA CP 30 APTO	CONDIÇÕES GERAIS 3ª EDIÇÃO - JAN/2020	CODIGO PLANO
REGISTRO NA ANS 479.602/17-1	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	DATA DE INICIO VIGÊNCIA 01/07/2021	
DIA EMISSÃO DE FATURA 19	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL 11	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA 01	

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª DIÁRIA) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM
COPARTICIPAÇÃO DE 50% POR DIÁRIA, SEM LIMITE MÁXIMO ÂMBITO NACIONAL: SIM

COPARTICIPAÇÃO ASSISTENCIAL MÉDICA

COM COPARTICIPAÇÃO DE 30% EM CONSULTAS, EXAMES E TERAPIAS

LIMITE MÁXIMO DE COOPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO R\$ 150,00 (CENTO E CINQUENTA REAIS)	FORMAÇÃO DE PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO	FRANQUIA SIM, NO VALOR DE: R\$ 0,00
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (OPCIONAL) UTI MOVEL TERRESTRE + UTI MOVEL AÉREA	TIPO DE ADESÃO SOS OBRIGATÓRIO	VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 10,90 (DEZ REAIS E NOVENTA CENTAVOS)
BENEFICIÁRIO CONTRIBUI NO PAGAMENTO -	TEM DS? -	TEM PORTABILIDADE? -
		Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL 1

PARA CONTRATOS EM CUSTO OPERACIONAL

MANUTENÇÃO MENSAL POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE : TAXA ADMINISTRATIVA SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS DE :

AUTORIZAÇÃO DO CONTRATANTE PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

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 aquela imediatamente anterior, são as seguintes:

FAIXAS ETÁRIAS	VALOR ACOMODAÇÃO	% VARIAÇÃO
0 ATÉ 18 ANOS	R\$ 132,04	0,00%
19 ATÉ 23 ANOS	R\$ 162,40	22,99%
24 ATÉ 28 ANOS	R\$ 183,17	12,79%
29 ATÉ 33 ANOS	R\$ 207,75	13,42%
34 ATÉ 38 ANOS	R\$ 236,79	13,98%
39 ATÉ 43 ANOS	R\$ 277,38	17,14%
44 ATÉ 48 ANOS	R\$ 360,26	29,88%
49 ATÉ 53 ANOS	R\$ 468,09	29,93%
54 ATÉ 58 ANOS	R\$ 608,38	29,97%
59 ANOS OU MAIS	R\$ 792,17	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

CONFORME DESCRITO NA CLÁUSULA VI DAS CONDIÇÕES GERAIS, "QUADRO DE CARÊNCIAS", FICA REDUZIDO PARA 30 DIAS O CUMPRIMENTO DOS PERÍODOS DE CARÊNCIAS DEFINIDOS NO CONTRATO PARA "CONSULTA E DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA", PARA OS DEMAIS PROCEDIMENTOS AS CARÊNCIAS SERÃO CUMPRIDAS CONFORME DEFINIDO NA CLÁUSULA VI.

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.

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 09

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. Tenho conhecimento que o Guia Médico está disponível no Portal em: www.unimedgoiania.coop.br/wps/portal/internet/servicos-online/guia-medico.

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.

AUTORIZO o recebimento de informativos por e-mail.

DECLARO ainda que optei por receber por mídia digital, da Unimed Goiânia, os seguintes materiais:

1. Dispositivos Contratuais referentes ao plano de assistência à saúde ora contratado, tendo ciência de que os mesmos são parte integrante do presente contrato;
2. Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.

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

JULIENE REZENDE CUNHA

FUNDAÇÃO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO
SUPERIOR

01.465.988/0001-27

CONTRATANTE


**Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia**

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO

02.476.067/0001-22

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1-	2-
<p>Fernanda de Negreiros CPF: 018.705.209-39 RG: 6664765 - SSP-GO</p>	<p>Maisa Simões dos Santos CPF: 017.459.731-25 RG: 4557818 SSP-GO</p>
NOME:	NOME:
CPF :	CPF :

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE - UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

Declaro para todos os fins, que optei pela contratação dos serviços UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA de forma OBRIGATORIA POR FAMÍLIA. Recebi as condições gerais referentes aos serviços no ato da assinatura deste contrato.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

JULIENE REZENDE CUNHA

DECLARANTE

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO : C244 **NOME DO VENDEDOR :** FERNANDA DE NEGREIROS

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção com Área	Retenção Arquivo Morto	Disposição
19/04/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

CÓDIGO - FORM 20.113 E

REVISÃO - Nº 03

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 **“UNIEMPRESA CP 30 APTO”**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **“479.602/17-1”**, por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

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

JULIENE REZENDE LUNA

FUNDAÇÃO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO
SUPERIOR

01.465.988/0001-27

CONTRATANTE


**Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia**

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO

02.476.067/0001-22

CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1-	2-
<p>Fernanda de Negreiros CPF: 018.705.209-39 RG: 6664765 - SSP-GO</p>	<p>Maisa Simões dos Santos CPF: 017.459.731-25 RG: 4557818 SSP-GO</p>
NOME:	NOME:
CPF :	CPF :

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO : C244 **NOME DO VENDEDOR :** FERNANDA DE NEGREIROS

Data de Aprovação	Armazenamento	Proteção / Acesso	Recuperação	Retenção Final	Retenção Arquivo Morto	Disposição
06/01/2021	Armário no setor	Pasta específica / Confidencial	Por nome do contratante e data	SETEMP: No máximo 60 dias	10 anos	Incineração

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

EMPRESA: FUNDAÇÃO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR

- Beneficiários Titulares e Dependentes - plano não aceita agregados (conforme condições gerais);
- Coberturas contratuais (conforme condições gerais do contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS);
- Carências Contratuais: consultas, exames, internações, cirurgias, urgência/emergência, por Tipo de Contratação;
- Declaração de Saúde e Prazos para a Cobertura Parcial Temporária - CPT e Doença ou Lesões Preexistentes - DLP;
- Declaração de Ciência do Termo de Inequivoco Conhecimento e Compromisso de Canal de Denúncias no Relacionamento Comercial com a Unimed Goiânia;
- Da coparticipação (percentuais, limites de cobrança por procedimento e prazos), bem como nas **Internações Psiquiátricas a partir do 31º dia de internação (50% do valor das diárias excedentes)**;
- Área de Atuação do Plano Contratado (conforme condições gerais);
- É **vedado contratualmente** o atendimento nos prestadores de **Alto Custo e de Tabela Própria**;
- Prazos para inclusão de beneficiários: Conforme definido nas Condições Gerais, por Tipo de Contratação;
- As Movimentações de beneficiários (inclusão e exclusão) serão realizadas via WEB/Internet pelo Contratante que deverá disponibilizar uma pessoa responsável para receber treinamento específico do Setor de Cadastro da Unimed;
- Taxa de Adesão (por beneficiário) - definida na Proposta de Adesão;
- Data de **Vencimento da Fatura** será igual a data de **Vigência Contratual**. Devido ao fato do plano de saúde ser em pré-pagamento, poderá ocorrer atraso na emissão da **1ª fatura**, visto que a fatura somente será gerada quando todas as inclusões estiverem finalizadas no sistema da Contratada;
- Vigência mínima e obrigatória (12 meses);
- Da Suspensão ou Rescisão Contratual, bem como da multa motivada pela Rescisão;
- O **Boleto de Cobrança Bancária, Demonstrativo de Cobrança, Resumo de Faturamento e Serviços Prestados** estarão disponíveis na **WEB/Internet** com antecedência de **08 dias** do vencimento, devendo ser **impresso o boleto e pago** pelo Contratante, **exclusivamente na rede bancária**. A Contratada **não acata** pagamentos realizados **via depósito em conta ou transferência bancária** para liquidação de faturas. Caso o Contratante não retire e efetue o pagamento da fatura até o seu vencimento, estará sujeito ao pagamento de juros e multa após vencimento;
- A **Nota Fiscal** será encaminhada para o Contratante com até 5 dias de antecedência ao vencimento do boleto;
- O ônus pela emissão da 2ª via do Cartão Magnético será do Contratante, exceto nos casos de furto ou roubo, com a apresentação do Boletim de Ocorrência;
- Para os atendimentos o beneficiário deverá portar o cartão magnético de identificação e documento com foto;
- Alteração de Acomodação - Enfermaria para Apartamento, e o cumprimento de 180 dias de carências;
- Atendimento no Centro Clínico: de 2ª a 6ª feira das 8hs às 20hs; aos sábados das 8hs até às 13hs (é necessário o agendamento prévio, e o atendimento será apenas para aos beneficiários dos planos **UNIFÁCIL**);
- Como funciona o intercâmbio (autorizações/prazos/abrangência);
- Produtos comercializados pela Unimed Goiânia Corretora de Seguros Ltda;
- Família Protegida (**por 02 anos**);
- Responsabilidade financeira da empresa;
- A Unimed Goiânia não emite declaração de pagamento para fins de **Imposto de Renda** ou qualquer declaração direta ao beneficiário para qualquer tipo de finalidade;
- Os cartões magnéticos de identificação dos beneficiários serão enviados para o endereço da empresa;
- Empregado/titular ex-contratante com pendências no contrato anterior;
- Exclusão dos **INATIVOS** (Demitidos/Aposentados) por formulário disponibilizado pela Unimed Goiânia com ciência do beneficiário sobre o benefício e dos prazos de solicitação e de permanência como inativo;
- A implantação e entrega da documentação contratual será realizada pelo SETEMP - Setor de Relacionamento Empresarial que ficará responsável pelo contrato na Unimed Goiânia;

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 1 de 2

GESPRO

Termo de Conhecimento e Orientações Contratuais



CÓDIGO - FORM 20.080 E

REVISÃO - Nº 03

- Empresário Individual - RN 432. Ciência da documentação exigida na contratação e da manutenção anual do contrato.
- Reunião com o vendedor/funcionários/associados da empresa/entidade para esclarecimentos sobre o plano de saúde:
- Sim - dia/horário: _____
- Não - motivo: _____

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

JULIENE REZENDE CUNHA

FUNDAÇÃO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO
SUPERIOR

01.465.988/0001-27

CONTRATANTE

Fernanda de Negreiros
CPF: 018.705.209-39
RG: 6664765 - SSP-GO

VENDEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO : C244

NOME DO VENDEDOR : FERNANDA DE NEGREIROS

Data de Aprovação: 28/06/2019

Página 2 de 2

GESPRO



www.unimedgoiania.coop.br
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)
74.210-250 – Setor Bueno, Goiânia – GO
T. (62) 3216-8000 / 0800 642 8008

CONTRATANTE: FUNDACAO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR, inscrito no CNPJ sob o nº 01.465.988/0001-27, identificado no contrato ora aditado e assinado nesta mesma data.

CONTRATADA: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 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 Nº 01, as partes acima qualificadas, que a este subscrevem, acordam para o Contrato de Plano de Saúde Suplementar COLETIVO EMPRESARIAL, denominado “UNIEMPRESA CP 30 APTO”, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº “479.602/17-1”, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Ficam excluídos, no contrato COLETIVO EMPRESARIAL, os itens 15.3; 15.4 e 15.6 da CLÁUSULA DE CANCELAMENTO/RESCISÃO CONTRATUAL, bem como qualquer referência aos mesmos.

CLÁUSULA SEGUNDA - Fica excluído o item 5.2, bem como qualquer referência ao mesmo, e altera-se o item 5.1 da CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO, passando a vigor com a seguinte redação:

5.1 - A VIGÊNCIA DO PRESENTE CONTRATO inicia-se a partir da data de sua assinatura pelo CONTRATANTE, permanecendo vigente por prazo indeterminado ou até que haja denúncia de uma das partes.

CLÁUSULA TERCEIRA - Fica excluído o item 3.8, bem como qualquer referência ao mesmo e, altera-se o item 3.7 da CLÁUSULA 3 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS DA UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA dos serviços opcionais, passando a vigor com a seguinte redação:

3.7 - Qualquer uma das partes poderá rescindir este contrato imotivadamente.

CLÁUSULA QUARTA- 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.

JULIENE REBENDE LUNHA

FUNDACAO INTEGRADA MUNICIPAL DE ENSINO
SUPERIOR
01.465.988/0001-27
CONTRATANTE


**Exclusivamente p/ contratos de
planos de saúde Unimed Goiânia**

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
02.476.067/0001-22
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1-	2-
Fernanda de Negreiros CPF: 018.705.209-39 RG: 6664765 - SSP-GO	Maise Simões dos Santos CPF: 017.459.731-25 RG: 4557818 SSP-GO
NOME:	NOME:
CPF :	CPF :