

1. DADOS DO CONTRATANTE				
Razão Social CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS				
Tipo PJ		Nome Fantasia CONSELHO REG. DE MED. VETERINARIA		
CNPJ 16.539.173/0001-12		Inscrição Municipal ISENTO	Inscrição Estadual ISENTO	
CEP (Endereço correspondência) 30.410-430	Endereço Correspondência/Logradouro (Av., Rua, Praça) R. PLATINA			Número 189
Complemento PREDIO	Bairro PRADO	Cidade BELO HORIZONTE		UF MG
E-mail amancio@crmvmg.org.br		Telefone Comercial (31) 3411-4100	Fax (31) 3411-4103	
Contato JOAQUIM	Cargo GERENTE ADM. FINANC.	Setor	Telefone celular	
CEP (Endereço cobrança)	Endereço Cobrança/Logradouro (Av., Rua, Praça) O MESMO ACIMA			Número
Complemento	Bairro	Cidade		UF SP
E-mail		Telefone Comercial	Fax	
CEP (Endereço fatura)	Endereço Fatura/Logradouro (Av., Rua, Praça) O MESMO ACIMA			Número
Complemento	Bairro Prado	Cidade		UF
E-mail		Telefone Comercial	Fax	
Grupo de Contratantes CRMV		Grau de Risco	SEGMENTAÇÃO Setor: ENTIDADES E ASSOCIACOES Subsetor: CONSELHO PROFISSIONAL	
2. CARACTERÍSTICA DO PRODUTO (Escolha apenas uma das três opções abaixo, em seguida, o(s) tipo(s) de Acomodação)				
<input type="checkbox"/> Unipart Empresarial	<input type="checkbox"/> Unipart Adesão	<input type="checkbox"/> Unipart Adesão Cobrança Individual		
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA, Registro ANS: 436.187/01-3	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA, Registro ANS: 436.183/01-1	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA, Registro ANS: 436.183/01-1		
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO, Registro ANS: 436.186/01-5	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO, Registro ANS: 436.182/01-2	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO, Registro ANS: 436.182/01-2		
3. PRODUTOS E SERVIÇOS OPCIONAIS (Marque com "x" a opção escolhida para titular e dependentes)				
Produto	Segmentação	Tipo Contratação	Abrangência	Registro ANS
<input type="checkbox"/> Odontologia Rol Coletivo Adesão	Odontológico	Coletivo por Adesão	Regional - Grupo de municípios	440.280/02-4
<input type="checkbox"/> Odontologia Rol Coletivo Empresarial	Odontológico	Coletivo Empresarial	Regional - Grupo de municípios	440.281/02-2
<input type="checkbox"/> Odontologia Ampliado Coletivo Adesão	Odontológico	Coletivo por Adesão	Regional - Grupo de municípios	440.283/02-9
<input type="checkbox"/> Odontologia Ampliado Coletivo Empresarial	Odontológico	Coletivo Empresarial	Regional - Grupo de municípios	440.284/02-7
Odontologia, Prestador:	<input type="checkbox"/> REDE DENTAL	<input type="checkbox"/> ODONTOPREV		
Serviço Opcional:	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE AEROMÉDICO			
O tempo mínimo de permanência no produto opcional odontológico é de 12 (doze) meses a contar da vigência do contrato. Em havendo exclusão do Plano Assistencial, o opcional odontológico fica automaticamente cancelado, mesmo que em prazo inferior aos 12 (doze) meses previstos.				
4. NÚMERO MÍNIMO DE ASSOCIADOS				
Fica estipulado que o número mínimo de inscritos em acomodação ENFERMARIA será de () associados. Em acomodação APARTAMENTO, o número mínimo de inscritos será de () associados. O número mínimo de inscritos previsto nos campos acima serão observados para efeito de emissão de fatura, exceto no caso que o contratante optou pelo produto Unipart Adesão Cobrança Individual. Caso o(s) contrato(s) venha(m) apresentar um número de inscritos menor que os descritos acima, o contratante deverá solicitar nova negociação das condições contratuais.				
5. DIA DO VENCIMENTO (Marque com um "x" a opção escolhida) Fatura em pré-pagamento				
<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15				
6. DATA DO PREENCHIMENTO E VIGÊNCIA				
Preenchimento: 21 / 05 / 2007.		Vigência: / / 2007.		
A data de início da vigência poderá ser alterada caso a Declaração de Saúde de um ou mais associados acuse necessidade de uma análise mais detalhada desta proposta. O(s) Contrato(s) terá(ão) duração mínima de 12 (doze) meses, contados a partir da Data de Vigência.				
7. DADOS DA VENDA				
Código Loja	Nome Loja GRCC	Nome Analista de Relacionamento Unimed-BH GISELE SIQUEIRA		
Cód. Vendedor	Nome Vendedor	Assinatura Vendedor		
8. INFORMAÇÕES ADICIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> - ISENTAR PRÉ-EXISTÊNCIA PARA CONTINGENTE INICIAL E POSTERIOR; - ISENTAR TAXA DE IMPLANTAÇÃO PARA CONTINGENTE INICIAL; - NOME PARA CONSTAR NO CARTÃO: CRMVMG; - CONTRATO VINCULADO AO 0162503/0162504/0162505 - ISENTAR CARENÇA (GRUPO A e B – CONSULTAS E EXAMES SIMPLES, FISIOTERAPIAS, CIRURGIAS AMBULATORIAIS E EXAMES ESPECIAIS QUE NÃO NECESSITAM DE INTERNAÇÕES) PARA CONTINGENTE INSCRITOS ATÉ 90 DIAS DA VIGENCIA DO CONTRATO. - ATENDIMENTO ELETIVO NO ESTADO DE MINAS GERAIS. 				

9. DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Produto	Cobertura	Rede	Abrangência	Co-participação
Unipart	Ambulatorial, Hospitalar e Obstetrícia	Unimed BH - Ampla	Regional – Grupo de municípios	a, b, c, d, e

a) Internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. As internações previstas na letra "a" ficam sujeitas à participações financeiras: 1) 50% (Cinquenta por Cento) do valor da internação até os 30 (Trinta) primeiros dias; 2) 60% (Sessenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 (Trinta) primeiros dias e até completar o período de 60 (Sessenta) dias; 3) 80% (Oitenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 (Sessenta) primeiros dias;

b) Internação em Hospital-Dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item antecedente, até oito semanas anuais de tratamento. Para diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na CID – 10, a cobertura aqui descrita será estendida a 180 (Cento e Oitenta) dias por ano. Para ambas as hipóteses, caso sejam ultrapassados os prazos previstos, caberá ao CONTRATANTE assumir financeiramente as despesas com a internação, não cabendo ônus à Unimed-BH

c) Internação para tratamento em hospital geral a portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização. A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE fixada de forma gradual: 1) 50% (cinquenta por cento) do valor da internação até os 30 primeiros dias; 2) 60% (sessenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 primeiros dias e até completar o período de 60 dias e 3) 80% (oitenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 primeiros dias.

d) R\$ 16,80 (dezesesseis reais e oitenta centavos) por consulta, R\$ 5,50 (cinco reais e cinquenta centavos) por exame/ procedimento/ terapia de co-participação reduzida, R\$ 16,80 (oito reais) por exame/ procedimento/ terapia de co-participação diferenciada, inclusive aqueles exames realizados em ambiente Ambulatorial, R\$50,00 (cinquenta reais) por internação em enfermaria e R\$ 160,00 (cento e sessenta reais) por internação em apartamento. Os valores apurados serão somados à mensalidade e cobrados após a utilização.

e) Os valores da co-participação da mensalidade e da inscrição serão reajustados conforme Cláusula Décima Sétima do contrato.

10. PREÇOS

Produto							
Acomodação	Faixa Etária	Unipart Empresarial		Unipart Adesão		Unipart Adesão Cobrança Individual	
		Valor R\$	Variação %	Valor R\$	Variação %	Valor R\$	Variação %
ENFERMARIA	00 a 18 anos	49,10					
	19 a 23 anos	58,37					
	24 a 28 anos	67,14					
	29 a 33 anos	77,20					
	34 a 38 anos	89,56					
	39 a 43 anos	103,89					
	44 a 48 anos	120,50					
	49 a 53 anos	141,00					
	54 a 58 anos	188,93					
	59 anos ou mais	294,56					
APARTAMENTO	00 a 18 anos	66,50					
	19 a 23 anos	79,08					
	24 a 28 anos	90,94					
	29 a 33 anos	104,57					
	34 a 38 anos	121,30					
	39 a 43 anos	140,72					
	44 a 48 anos	163,23					
	49 a 53 anos	190,98					
	54 a 58 anos	255,91					
	59 anos ou mais	398,99					

Produtos Opcionais	Serviço Opcional
Odontologia Rol Coletivo Adesão e Odontologia Rol Coletivo Empresarial ODONTOPREV 14,00 REDE DENTAL R\$ 14,00 R\$	TRANSPORTE AEROMÉDICO R\$ 2,90
Odontologia Ampliado Coletivo Adesão e Odontologia Ampliado Coletivo Empresarial ODONTOPREV 20,00 REDE DENTAL R\$ 20,00 R\$	

O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do associado. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do associado, será aplicado ajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, especificada na tabela acima.
O valor mensal a ser pago será igual a soma dos valores da assistência médica, transporte aeromédico e odontologia, referente a cada associado inscrito.
Os valores referentes a co-participação e eventuais agravos não estão incluídos nos preços acima.
Taxa de Inscrição: o valor da primeira mensalidade será acrescido de R\$ 8,00 (oito reais) **por associado inscrito**, independente da época de inscrição.

11. INSCRIÇÕES

As inscrições dos associados são executadas através de planilhas ou meio magnético, conforme instruções fornecidas pela operadora, exceto para contratação do produto adesão com cobrança individual, cuja inscrição deverá ser feita através do Termo de Adesão e Responsabilidade devidamente autorizado pela empresa contratante. É parte integrante desta proposta a Declaração de Saúde que deverá ser preenchida por cada associado.

12. CARÊNCIAS

A partir da data de início de vigência, serão contadas as seguintes carências:

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 diálise hemodialise 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 examinada toda a documentação do(s) associado(s).

13. DECLARAÇÃO DO 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 de serviços médicos e hospitalares, entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.

(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.

Belo Horizonte, de de 2007.

Carimbo(s) Assinatura(s):