

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	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 4793462	FILIAL 0	RAZÃO SOCIAL INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO HOSPITALAR - IBGH				
NOME DE FANTASIA *****						
CEP 74.290-200	ENDEREÇO R C-245				NÚMERO S/N	
COMPLEMENTO QUADRA574 LOTE 18		BAIRRO SETOR NOVA SUIÇA		CIDADE GOIANIA	UF GO	
DDD/TELEFONE (62)3545-7511	COMERCIAL 3545-7500	CELULAR 98573-3438	E-MAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO) rh@ibgh.org.br			
CNPJ / CEI 18.972.378/0001-12		INSCRIÇÃO MUNICIPAL 3604896		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
CEP	ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA 0 mesmo				NÚMERO	
COMPLEMENTO			BAIRRO	CIDADE	UF	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE

NOME BRUNO PEREIRA FIGUEIREDO		CARGO SOCIO	
REGISTRO GERAL 1986512	ÓRGÃO EMISSOR DGPC GO	CPF 598.190.571-91	TELEFONE (62)3545-7511
NOME		CARGO	
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	TELEFONE ()
NOME		CARGO	
REGISTRO GERAL	ÓRGÃO EMISSOR	CPF	TELEFONE ()

PESSOA PARA CONTATO

NOME TIAGO JESUS	DEPTO. (SETOR) ADMINISTRATIVO	DDD/TELEFONE (62)3545-7500
----------------------------	---	--------------------------------------

DADOS DO PLANO

EDIÇÃO 2ª	NOME COMERCIAL UNIEMPRESA	CÓD. PLANO (USO EXCLUSIVO CADASTRO) 4011	
TIPO DE CONTRATAÇÃO COLETIVO EMPRESARIAL	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA AMBULATORIAL + HOSPITAL COM OBSTETRÍCIA		REGISTRO NA ANS 465.786/11-1
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO ENFERMARIA	INÍCIO VIGÊNCIA (DD/MM/AAAA) 19/01/2017	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA 19	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL 29
CUSTEIO PARCIAL DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS (A PARTIR DA 31ª 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 NÃO - % SOBRE: -		LIMITE MÁXIMO DE COPARTICIPAÇÃO POR PROCEDIMENTO NÃO	
FORMAÇÃO DO PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO		INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO NO VALOR DE R\$ 20,00 (VINTE REAIS)	
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (SERVIÇO OPCIONAL) UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA		VALOR DO PRODUTO SOS (POR BENEFICIÁRIO) R\$ 7,59 (SETE REAIS E CINQUENTA E NOVE CENTAVOS)	OPCIONAL POR FAMÍLIA NÃO
O BENEFICIÁRIO CONTRIBUIU NO PAGAMENTO DA MENSALIDADE SIM		Nº DE BENEFICIÁRIOS NA ADESÃO INICIAL 04	

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: COLETIVA	% VARIÇÃO ENTRE AS FAIXAS
0 A 18 ANOS	R\$ 114,87	0,00 %
19 A 23 ANOS	R\$ 141,28	22,99 %
24 A 28 ANOS	R\$ 159,35	12,79 %
29 A 33 ANOS	R\$ 180,73	13,42 %
34 A 38 ANOS	R\$ 206,00	13,98 %
39 A 43 ANOS	R\$ 241,31	17,14 %
44 A 48 ANOS	R\$ 313,41	29,88 %
49 A 53 ANOS	R\$ 407,21	29,93 %
54 A 58 ANOS	R\$ 529,25	29,97 %
59 ANOS OU MAIS	R\$ 689,14	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

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:

- 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, 19 de Janeiro de 2017

x: 
INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO HOSPITALAR -
IBGH
CNPJ: 18.972.378/0001-12
CONTRATANTE


Afranio Ferreira da Silva
 Gerente de Mercado
 Unimed Goiânia - ADM
UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1 -  Francielle Alves de Castro CPF: 994.545.301-78 RG: 1064403	2 -  GUILHERME FERREIRA MARQUES CPF: 035.111.831-46 RG: 4909778 - DGPC-GO
NOME:	NOME:
CPF:	CPF:

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA VENDA

CÓDIGO	NOME DO VENDEDOR
	FRANCIELLE ALVES DE CASTRO