

**BOLETIM INFORMATIVO – PLANO DE SAÚDE UNIMED**

**1- Abrangência do Plano:** Estadual  
Urgência/Emergência: em todo País.

**2 - Valores Mensais do Contrato:**

Valores percapita

<b>Padrão de Acomodação</b>	<b>Valores per Capita</b>
<b>Enfermaria</b>	<b>R\$ 188,24+4,5% (tx)</b>
<b>Apartamento</b>	<b>R\$ 260,21+4,5%(tx)</b>

Observação:

Para os titulares e seus dependentes, o plano da UNIMED Inconfidentes não sofre variação de faixa etária. Porém, a mensalidade para os agregados varia em decorrência da mudança da faixa etária e obedecerá aos percentuais de acordo com o plano contratado, conforme tabela no verso.

**3 - Beneficiários:**

- Docentes da UFOP ativos ou inativos, filiados ao sindicato.

**Dependentes:**

- cônjuge, filhos e enteados solteiros com idade inferior a 24 anos e solteiros, menor que por força de decisão judicial se ache sob a guarda ou tutela do titular; filhos comprovadamente inválidos;
- Convivente, havendo união estável, na forma da lei, através de Certidão de União Estável emitida por Cartório de Notas, sem eventual concorrência com o conjugue, salvo por decisão judicial;
- Companheiro ou companheira de união homoafetiva, obedecendo os mesmos critérios da União Estável
- Pai e mãe, sogro e sogra com comprovada dependência econômica através de declaração no Imposto de Renda.

**Agregados**

- Pai /mãe e sogro/sogra e filhos com idade entre 24 e 33 anos, mesmo que não sejam dependentes econômicos do titular docente/sindicalizado
- parentes até 3º grau consanguíneo, irmãos, tios e netos, e que sejam dependentes econômicos, comprovados na declaração de Imposto de Renda do titular docente /sindicalizado.

**Pensionistas**

- Assim consideradas, as pessoas que na qualidade de filhos menores ou conjugue, que recebem pensão da União através da UFOP em razão do falecimento do docente que não era filiado ao sindicato e que tenha se filiado a menos de um ano da data do falecimento.

**4- Prazo de carência: Os serviços contratados serão prestados aos associados inscritos, após o cumprimento das seguintes carências**

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência
- 30 (trinta) dias para consultas
- 60 (sessenta) dias para exames básicos
- 180(cento e oitenta) dias para cirurgias ambulatoriais e demais cirurgias
- 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodiálise
- 180 (cento e oitenta) dias para internações
- 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos;
- 300 (trezentos) dias para partos a termo.
- 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

**O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do contrato.**

**5- Coparticipação - 20% de atendimento + 4,5% tx= valor variável**

Além da mensalidade será devido o adicional de coparticipação financeira, no percentual de 20%,(vinte por cento) relativa aos atendimentos ambulatoriais (consultas, exames, terapias, tratamentos e atendimentos ambulatoriais), que o filiado deve compartilhar com a operadora em cada evento.

**6- Vigência do Contrato**

A duração mínima do contrato será de 12 meses podendo ser reajustado anualmente de acordo com o IGPM, além da análise financeira, considerando o estudo da sinistralidade de acordo com as normas atuariais.

**7- Prazo de Adesão**

**As adesões dos beneficiários no plano de saúde efetuadas até o dia 15 de cada mês, desde que esta seja formalizada e documentada corretamente, serão processadas e efetivadas no 1º dia do mês subsequente à solicitação.**

## 8- Valores Mensais do Contrato:

Padrão de acomodação	Valor per capita
Enfermaria R\$ 188,24	R\$ 188,24+4,5% (tx)
Apartamento R\$ 260,21	R\$ 260,21+4,5%(tx)

## AGREGADOS E PENSIONISTAS

A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária, obedecerá os percentuais abaixo discriminados, de acordo com o plano contratado.

Valor faixa etária será acrescido+4,5% = mensalidade. Faixa Etária	Enfermaria		Apartamento	
	Valor (R\$)	Variação percentual	Valor ( R\$)	Variação percentual
de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	R\$ 141,25	*****	R\$ 202,22	*****
de 19 (vinte) a 23 (vinte e três) anos de idade	R\$ 179,74	27,26%	R\$258,40	27,80%
de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte oito) anos de idade	R\$ 206,15	14,69%	R\$ 296,86	14,88%
de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	R\$ 236,26	14,61%	R\$ 340,82	14,82%
de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	R\$ 242,45	2,62%	R\$ 349,84	2,64%
de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	R\$ 270,48	11,56%	R\$ 390,73	11,69%
de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	R\$ 289,13	6,90%	R\$ 417,86	6,65%
de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	R\$ 324,40	12,20%	R\$ 469,30	12,30%
de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	R\$ 346,75	6,89%	R\$ 501,85	6,94%
De 59 (cinquenta e nove) ou mais	R\$447,74	29,13%	R\$ 649,30	29,38%

## 9 – Taxas

Inscrição: R\$ 19,00 (dezenove reais) por cada associado inscrito.  
2ª via de cartão: R\$ 8,00(oito reais) por cartão.

## 10 - Documentação Necessária para adesão ao contrato do plano de saúde ADUFOP Xunimed

Para a adesão ao Plano de Saúde –Unimed faz-se necessário xerox dos documentos comprobatórios do titular(docente sindicalizado), dependentes/agregados abaixo relacionados :

- **RG e CPF ou certidão de nascimento dos filhos menores**
- **Comprovante de residência -titular**
- **Certidão de casamento**
- **Certidão de União Estável emitida por Cartório de Notas.**
- **Para recém nascidos: Certidão Nascimento, CPF e auta médica.**
- **Cópia do cartão nacional de saúde, documento que identifica usuário no SUS. (retirado na secretaria de saúde)**
- **Extrato e ou cópia da declaração do imposto de renda (completa) para comprovação da dependência econômica - no caso da inclusão de agregados**

\* Documentos necessários para cadastro na secretaria da Adufop S.Sind., e posteriormente adesão ao plano

- **\*AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE: BANCO DO BRASIL OU CAIXA**
- **\*MEMORANDO E CADASTRO DE ADESÃO AO CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE UNIMED**
- **FICHA DE SINDICALIZAÇÃO e cópia do contracheque frente e verso (Titular)**

Ouro Preto, 01 de novembro 2017.

## Contatos:

Adufop (031)- 3551-5247 (Cláudia) [planodesaude@adufop.org.br](mailto:planodesaude@adufop.org.br) - [www.adufop.org.br](http://www.adufop.org.br)  
Unimed – (031) 3559 - 7234 / 7233