

Termo de Adesão
Ao Plano de Saúde Complementar
Plano Coletivo Empresarial



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

DADOS DA OPERADORA

Razão Social: UNIMED-BH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				Reg. Op. na ANS N°: 343889	
CNPJ: 16.513.178/0001-76		Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal: 0306.127/001-0	
Endereço: Rua dos Inconfidentes	N°: 44	Bairro: Funcionários	Cidade: Belo Horizonte	Estado: MG	Cep: 30140-120

DADOS DA OPERADORA

Razão Social:				Reg. Op. na ANS N°:	
CNPJ:		Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal:	
Endereço:	N°:	Bairro:	Cidade:	Estado:	Cep:

DADOS DA EMPRESA

Razão Social: PBH - DIRETA	CNPJ: 18.715.383.000.140
----------------------------	--------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO(A) - TITULAR

Nome Completo: VALERIA DE SOUZA AVILA			Matrícula: 949349		
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO AVILA			CNS – Cartão Nacional de Saúde: 898004687360817		
Endereço (Rua/Av, Qd, Lt, Apt, Ed. Etc): RUA CÂNDIDO LÚCIO					N°: 484
Bairro: APARECIDA		Cidade: BELO HORIZONTE		UF: MG	CEP: 31235-040
Data de Nascimento: 04/11/1984	Naturalidade: /	RG:	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:	CPF: 065295236-42
E-mail: valeriavila28@hotmail.com		DDD/Telefone Residencial: 0		DDD/Telefone Celular: (31) 992569421	
Sexo: FEMININO		Estado Civil: CASADO(A)		Profissão:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO TITULAR

Nome do Plano: REDE PREFERENCIAL ENFERMARIA (UNIFACIL) Possui AeroMédico: NÃO

Operadora: UNIMED-BH - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Valor Total da Mensalidade: 134,49 (CENTO E TRINTA E QUATRO REAIS E QUARENTA E NOVE CENTAVOS)

Nome do Plano:

Operadora:

Valor Total da Mensalidade: (ZERO REAIS)



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

CUSTO FINANCEIRO MENSAL / TITULAR E DEPENDENTES

Pelos serviços contratados, pagará o **BENEFICIÁRIO(A) TITULAR**, por si e por seus dependentes incluídos, a importância abaixo discriminada, a qual será corrigida no mês de **DEZEMBRO** de cada ano, considerado o **MÊS BASE** para aplicação das atualizações, revisões e alterações dos valores das contraprestações pecuniárias, conforme **CLÁUSULA V – DO REAJUSTE**, constante do contrato coletivo empresarial celebrado entre Município de Belo Horizonte e operadora(s) credenciada(s).

Os valores de subsídio variam mensalmente de acordo com a remuneração efetivamente recebida pelo servidor na competência anterior.

Valor total de R\$ 334,06 (TREZENTOS E TRINTA E QUATRO REAIS E SEIS CENTAVOS).

DEPENDENTES

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - 01

Nome Completo: BERNARDO SOUZA ALVIM		CPF: 701711646-10		
Nome Da Mãe: VALERIA DE SOUZA AVILA				
Data de Nascimento: 01/03/2006	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular: FILHO(A)				
Sexo: MASCULINO		Estado Civil: SOLTEIRO(A)		

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 01

Nome do Plano: REDE PREFERENCIAL ENFERMARIA (UNIFACIL) Possui AeroMédico: NÃO	Valor: 65,08
Nome do Plano:	Valor: 0,00

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - 02

Nome Completo: MARCIO ALEXANDRE LOPES ALVIM		CPF: 090274416-00		
Nome Da Mãe: MARIA DA CONCEICAO ALVIM		CNS – Cartão Nacional de Saúde: 704605132717928		
Data de Nascimento: 16/08/1986	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular: CÔNJUGE				
Sexo: MASCULINO		Estado Civil: CASADO(A)		

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 02

Nome do Plano: REDE PREFERENCIAL ENFERMARIA (UNIFACIL) Possui AeroMédico: NÃO	Valor: 134,49
Nome do Plano:	Valor: 0,00

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - 03

Nome Completo:	CPF:
Nome Da Mãe:	CNS – Cartão Nacional de Saúde:

Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
---------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------	------------

Grau de Dependência com o Titular:

Sexo:	Estado Civil:
-------	---------------

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 03

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE - 04

Nome Completo:	CPF:
Nome Da Mãe:	CNS – Cartão Nacional de Saúde:

Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
---------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------	------------

Grau de Dependência com o Titular:

Sexo:	Estado Civil:
-------	---------------

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 04

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 05

Nome Completo:	CPF:
Nome Da Mãe:	CNS – Cartão Nacional de Saúde:

Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
---------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------	------------

Grau de Dependência com o Titular:

Sexo:	Estado Civil:
-------	---------------

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 05

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 06

Nome Completo:	CPF:
----------------	------

Nome Da Mãe:			CNS – Cartão Nacional de Saúde:	
Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular:				
Sexo:			Estado Civil:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 06

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 07

Nome Completo:			CPF:	
Nome Da Mãe:			CNS – Cartão Nacional de Saúde:	
Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular:				
Sexo:			Estado Civil:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 07

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 08

Nome Completo:			CPF:	
Nome Da Mãe:			CNS – Cartão Nacional de Saúde:	
Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular:				
Sexo:			Estado Civil:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 08

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 09

Nome Completo:			CPF:	
Nome Da Mãe:			CNS – Cartão Nacional de Saúde:	
Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular:				
Sexo:			Estado Civil:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 09

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

DADOS DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE – 10

Nome Completo:			CPF:	
Nome Da Mãe:			CNS – Cartão Nacional de Saúde:	
Data de Nascimento:	Naturalidade (Cidade/UF): /	Nº do Documento (RG/DNV): /	Órgão Expedidor/UF: /	Expedição:
Grau de Dependência com o Titular:				
Sexo:			Estado Civil:	

PLANO(S) CONTRATADO(S) DO DEPENDENTE - 10

Nome do Plano: Possui AeroMédico:	Valor:
Nome do Plano:	Valor:

TERMO DE ADESÃO

Pelo presente instrumento, eu, abaixo assinado, solicito a minha inclusão e de meu(s) dependente(s), acima relacionado(s) e por mim selecionado(s), no plano de saúde PBH, na modalidade assinalada, e autorizo o débito em contracheque mensal.

DECLARO ESTAR CIENTE:

- De que a data de início da vigência do contrato será o primeiro dia do mês subsequente ao da adesão, caso esta seja realizada até o antepenúltimo dia útil do mês, exceto para inclusões de recém-nascidos e recém-casados, se solicitado em até 30 dias do evento (nascimento ou casamento), hipóteses em que a vigência será em até 48hs;
- De que o período do contrato é de 12 meses a partir da data de início da vigência;
- Da impossibilidade da mudança da modalidade do plano de saúde aqui escolhido antes do fim dos 12 meses de contrato;
- De que quando não houver possibilidade de desconto das despesas do plano de saúde, a cobrança do valor, integral ou parcial, não descontado em folha de pagamento, será realizada por meio de boleto bancário emitido pela operadora e que assumirei a responsabilidade por esse pagamento. Em caso do não pagamento por período superior a 60 dias corridos, conforme prazos informados no boleto, meu plano será cancelado; de que somente poderei realizar nova adesão após o desconto em folha dos valores em débito, na forma de ressarcimento ao erário e que estarei submetido ao cumprimento das carências estabelecidas pelas operadoras;
- De que em se tratando de servidor sem vínculo efetivo, no caso de exoneração por iniciativa do Município, haverá exclusão do meu plano e de meus dependentes após a publicação no Diário Oficial do Município - DOM e que eventuais despesas não cobradas em folha de pagamento serão consideradas no acerto financeiro do desligamento. Caso opte pela permanência em contrato de ex-funcionários, devo entrar em contato com serviço de atendimento da gestora, através do telefone (31) 3995-0251 ou e-mail atendimentopbh@admex.com.br, para manifestação de interesse na permanência, ciente que nesta modalidade custearei as despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário emitido diretamente pela operadora;
- De que em caso de licenças sem vencimentos ou afastamentos legais sem ônus para a PBH/Administração Indireta, devo me manifestar se desejar a exclusão do plano de saúde. Caso não solicite a exclusão, custearei as despesas, sem subsídio, por meio de boleto bancário emitido pela operadora, devendo manter meu endereço atualizado; e ainda que em caso de inadimplência superior a 60 dias corridos, o plano será cancelado não tendo direito à nova adesão até o efetivo retorno à PBH e possibilidade de descontos em folha de pagamento;
- Da necessidade da atualização dos dados cadastrais junto à Gestora **ADM Developer Assessoria e Serviços LTDA**, sempre que ocorrer alguma alteração.
- De que para solicitar o cancelamento do plano, o titular deve entrar em contato com a Gestora **ADM Developer Assessoria e Serviços LTDA**, por meio do telefone (31) 3995-0251 ou e-mail atendimentopbh@admex.com.br, até o antepenúltimo dia útil do mês, para que seja processada a exclusão no primeiro dia do mês subsequente;
- De que as notificações de inadimplência e para apresentação de documentação para manutenção de dependentes estudantes, entre 21 e 24 anos de idade são publicadas pela PBH, no DOM;
- De que para os dependentes entre 21 anos e 24 anos, estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação, permanecerem no plano de saúde como dependentes com direito ao subsídio, é necessária a apresentação da declaração de escolaridade (matrícula e frequência), semestralmente;
- De que a Prefeitura de Belo Horizonte e a(s) Operadora(s) de Plano de Assistência à Saúde se obrigam a tratar os Dados Pessoais coletados, no âmbito do Contrato, de acordo com a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados" ou "LGPD") e a regulamentação pertinente, tais como as regras da ANS;
- De que a(s) Operadora(s) de Plano de Assistência à Saúde e empresa Gestora **ADM Developer Assessoria e Serviços LTDA** se obrigam a tratar os Dados Pessoais coletados, no âmbito do Contrato, de acordo com a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados" ou "LGPD") e a regulamentação pertinente, tais como as regras da ANS;
- De que estes dados serão utilizados com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, no atendimento à eventuais demandas judiciais ou para outras finalidades descritas na Política de Privacidade da PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, na Política de Privacidade da Operadora, bem como da Gestora **ADM Developer Assessoria e Serviços LTDA**;
- Declaro, ainda, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, que as informações prestadas sobre mim e meus dependentes são verdadeiras e afirmo estar ciente que poderei responder administrativa, civil e criminalmente por declarações falsas, conforme no artigo 299 do código penal.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

- DECRETO MUNICIPAL Nº 17.689 de 18/08/2021.
- LEI nº 13.709, DE 14/08/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados” ou “LGPD”).
- Edital de Chamamento Público 001/2021.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente **TERMO DE ADESÃO**.

BELO HORIZONTE, 08 de DEZEMBRO de 2021.

VALERIA DE SOUZA AVILA

Assinado eletronicamente - e945049162181e739119f1d073642ba4

186.206.166.38 08/12/2021 20:39:42

Assinatura do Beneficiário(a) Titular

Sumário da assinatura

Status: Concluído

Hash: e945049162181e739119f1d073642ba4

Assinado em 08/12/2021 20:39:42

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Signatário ID: 64185

Nome : Valeria De Souza Avila

CPF: 06529523642

E-mail: valeriavila28@hotmail.com

Endereço IP: 186.206.166.38

Envelope GED: Sim