

CONTRATO FIRMADO ENTRE A CABEFE E CONJUGE

Conhecedor das Normas que administram o Programa de Saúde, o Contrato de Sócio Facultativo, o Estatuto e o Regulamento da CABEFE venho manifestar meu interesse em continuar participando do Programa de Saúde, tendo em vista o falecimento do meu cônjuge, ex-associado da CABEFE _____, nas mesmas condições estabelecidas no Contrato de Sócio Facultativo, mantendo todos os dependentes inscritos até a data do óbito do mesmo.

Declaro estar ciente que:

1. O prazo para manifestar o interesse em permanecer no Programa de Saúde é de 30 (trinta) dias contando a partir da data do óbito do associado.
2. O cônjuge perde a condição de participante no Programa de Saúde quando este contrair novo matrimônio ou viver maritalmente com novo companheiro(a).
3. A contribuição mensal será a mesma estabelecida no contrato da categoria de sócio facultativo, ficando isento apenas da taxa de dependente que o ex-associado pagava para a categoria cônjuge.
4. A qualquer tempo o participante poderá solicitar exclusão da CABEFE. Deverá antes quitar todo o seu débito e responsabilizar-se por todas as despesas de saúde ainda não faturadas pela rede conveniada.
5. A contribuição do associado será correspondente:

PARA O CONJUGE QUE MANIFESTAR INTERESSE ATÉ 30 DIAS DO ÓBITO DO ASSOCIADO:

a) contribuição mensal de 6% do valor do salário do ex-associado, corrigido de acordo com o aumento salarial dado pela EMATER-MG ou tabela atualizada da UNIMEDBH praticada junto a MUTUA, com bônus de 10%. A CABEFE irá acatar para a cobrança o menor valor.

b) taxa dos dependentes;

c) taxa individual de manutenção no convênio Unimed-BH;

d) co-participação nos procedimentos médicos realizados de acordo com as Normas do Programa de Saúde, na modalidade "Pequeno Risco".

8 - O pagamento das contribuições deverá ser através de benefício da CERES ou boleto bancário.

9 - O pagamento efetuado após o dia 10 de cada mês será acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 0,03% ao dia até a liquidação do débito. O atraso por mais de 60 (sessenta) dias redundará na exclusão do associado e seu dependente da CABEFE que estará obrigado à imediata devolução de todas as carteiras sob a sua responsabilidade. A não devolução da carteira acarretará responsabilidade civil, arcando o associado com todas as custas e responsabilidades por sua inadimplência.

10 – O cônjuge fica obrigado a pagar as taxas de participação até a devolução das carteiras e o cancelamento de sua inscrição.

11 - O atraso do pagamento de qualquer contribuição, seja qual for a causa, acarretará independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, a execução do presente contrato para efeito de ser exigido de imediato na sua totalidade, com todos os acessórios legais, tais como: juros, mora, multa sobre o valor do débito e os honorários advocatícios de 20% (vinte por cento), sobre o valor da dívida, além de custas de cartório, quando houver.

12 – O associado excluído pela falta de pagamento não terá nenhum direito e não poderá reclamar qualquer prejuízo;

13 - Os valores das contribuições dos associados e dependentes poderão ser revistos nas seguintes situações: - extinção do convênio da MUTUA x UNIMEDBH; - cálculo atuarial apurado segundo a relação existente entre os índices setoriais de preços e a utilização médica dos serviços assistenciais e poderá ser revisto semestralmente de acordo com a variação comprovada de utilização ou elevação dos custos dos serviços assistências.

14 – Tendo em vista ser o Programa de Saúde da CABEFE de característica socializante, as partes elegem o processo de execução para cobrança do crédito da CABEFE em caso de inadimplência do associado devedor, o qual neste ato e por este instrumento, nomeia e constitui, em caráter irrevogável e irretratável, nos termos do artigo 1288 e seguinte c/c o art. 1317 do Código Civil Brasileiro, até a solução final da dívida, sua bastante procuradora a Caixa de Beneficência dos Funcionários da EMATER-CABEFE, com sede em Belo Horizonte – MG, à Av. Raja Gabáglia 1626, inscrita no CNPJ sob o número 18689083/0001-33, outorgando-lhe poderes para, a qualquer tempo, emitir notas promissórias, cheque nominal, boleto bancário, desconto na complementação da CERES se participante, para pagamento à vista e pelo valor dos débitos decorrentes deste regulamento, principal e acessório. Esses documentos serão emitidos e não sendo pagos a sua apresentação serão levados a protesto, podendo a CABEFE exercer sobre ditos títulos todos os direitos cambiários que a lei lhe confere.

15 - O cônjuge reconhece como líquido certo e exigível qualquer débito que contra ele seja apurado pela CABEFE e constante de lançamentos contábeis, extratos, demonstrativos ou avisos de lançamentos que a CABEFE vier expedir, com consequência de débitos do associado-devedor, de acordo com o disposto neste Regulamento.

16 - O associado reconhece e declara que o presente contrato é um esforço da CABEFE, para colaborar com um programa de saúde de forma cooperativa e que a mesma não tem recursos financeiros para cumprir o assumido com seus executores e que sua inadimplência poderá por em risco o Programa de Saúde, prejudicando todas as demais categorias de sócios.

17 - O cônjuge desde já reconhece e se responsabiliza pelo prejuízo que os demais associados ligados ao Programa de Saúde da modalidade Sócio Facultativo II, vierem a sofrer pelo atraso no pagamento da sua contribuição mensal.

18 - Para dirimir questões oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Belo Horizonte, com renúncia expressa a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Belo Horizonte,

Diretor Presidente da CABEFE

Jane Franco Muniz Viana

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ na condição de cônjuge, solicito:

- Manter no Programa de Saúde minha participação e a dos dependentes listados abaixo:

Nome(sem abreviação)	Data Nascimento	CPF

Obs.: enviar cópia xerox dos documentos (certidão de casamento ou escritura pública de união estável quando cônjuge e certidão de nascimento dos filhos, CPF, carteira identidade e comprovante de interesse).

Belo Horizonte,

Nome (sem abreviação): _____

Assinatura: _____

Endereço completo (sem abreviação): _____

Telefone de contato: _____

E-mail: _____

Espaço reservado à CABEFE.

DEMONSTRATIVO DA CONTRIBUIÇÃO

Data do óbito do associado: _____

Valor da contribuição mensal do Associado: R\$ _____

Valor da contribuição dos dependentes: R\$ _____

Valor da taxa de manutenção Unimed-BH: R\$ _____

Dos valores acima será acrescido o valor de coparticipação dos procedimentos da modalidade de “Pequeno Risco” que será informada na planilha que acompanhará o documento de cobrança.