Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial

Unimed Goiânia

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 03

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL	NOME FANTASIA	CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS
Unimed Goiânia Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Goiânia	Cooperativa Médica

CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	REG. NA JUCEG	REG. NA ANS Nº	CRM
02.476.067/0001-22	Isento	028546-3	52.40000826-5	382876	232

ENDEREÇO	BAIRRO
Praça Gilson Alves de Souza nº 650 (T-7 esq. c/ T-1)	Setor Bueno

CIDADE	UF	CEP	TELEFONE
Goiânia	GO	74.210 - 250	(62) 3216-8000 / 0800 642 8008

DADOS DO CONTRATANTE

CÓDIGO	FILIAL	RAZÃO SOCIAL
7793162	2	INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO HOSPITALAR - IBGH

NOME FANTASIA
****

CNPJ / CEI	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL
18.972.378/0002-01	3604896	ISENTO

CEP	ENDEREÇO	COMPLEMENTO	NÚMERO
72.980-000	R SIZENANDO JAYME	SALA 06 ESPACO S. FIGUEIREDO	3

BAIRRO	CIDADE	UF
CENTRO	PIRENOPOLIS	GO

DDD	TELEFONE RESIDENCIAL	DDD	COMERCIAL	DDD	CELULAR
(62)	3331-7529	(62)	3998-9613	(62)	3998-9600

E-MAIL	AUTORIZA ENVIO DE INFORMATIVOS NO E-MAIL
PAULA.SILVA@IBGH.ORG.BR; RH@IBGH.ORG.BR	◉ SIM ○ NÃO

CEP	ENDEREÇO (CORRESPONDÊNCIA)	COMPLEMENTO	NÚMERO
74.820-370	AVENIDA AREIÃO,	QD. 17, LT. 23	595

BAIRRO	CIDADE	UF
SETOR PEDRO LUDOVICO	GOIÂNIA	GO

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELO CONTRATANTE

NOME	CARGO
BRUNO PEREIRA FIGUEIREDO	PRESIDENTE

REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA NASCIMENTO	DDD	TELEFONE
1986512	DGPC/GO	598.190.571-91	30/05/1972	(62)	9 8284-3000

NOME	CARGO

REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA NASCIMENTO	DDD	TELEFONE

PESSOA PARA CONTATO

NOME	DEPTO. (SETOR)	DDD	TELEFONE
PAULA SILVA	RECURSOS HUMANOS	(62)	3773-1710

DADOS DO PLANO

TIPO DE CONTRATAÇÃO	NOME COMERCIAL E ACOMODAÇÃO	CONDIÇÕES GERAIS	CODIGO PLANO
COLETIVO EMPRESARIAL	UNIEMPRESA ENF	3ª EDIÇÃO - MAI/2019	4017

REGISTRO NA ANS	TIPO DE SEGMENTAÇÃO CONTRATADA	DATA DE INICIO VIGÊNCIA
465.786/11-1	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA	19/07/2019

DIA DE VENCIMENTO DA FATURA	DIA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO MENSAL
7	29

Data de aprovação : 27/05/2019

JURIDICO IBGH

Proposta de Adesão - Coletivo Empresarial

CÓDIGO - FORM 20.345 E

REVISÃO - Nº 03

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:

1. 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

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente contrato, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Goiânia, 19 de julho de 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO HOSPITALAR - IBGH	UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
18.972.378/0002-01	02.476.067/0001-22
CONTRATANTE	**CONTRATADA**

Exclusivamente p/ contratos de planos de saúde Unimed Goiânia

TESTEMUNHAS

1- Renata Aracio Nascimento CPF: 011.451.661-80 RG: 4819080 DGPC GO	2- Cleiciane Munique Bernardes Resende CPF: 033.825.341-69 RG: 5310613-SPTC-GO
NOME: Ana Paula R. Freitas	NOME:
CPF : 024.509.291-93	CPF :

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE - UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA

Declaro para todos os fins, que optei pela contratação dos serviços UTI MÓVEL TERRESTRE + UTI MÓVEL AÉREA de forma OBRIGATÓRIA POR FAMÍLIA. Recebi as condições gerais referentes aos serviços no ato da assinatura deste contrato.

Assinar

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

x _____

DECLARANTE

JURÍDICO IBGH

Declaração de Plano Referência

Unimed Goiânia

CÓDIGO - FORM 20.113 E | REVISÃO - Nº 02

Declaro para todos os efeitos legais que a Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico me ofereceu o **Plano Referência (Ambulatorial + Hospitalar Com Obstetrícia) em acomodação Enfermaria**, o qual atende a exigência da Lei 9.656/98 e resoluções editadas pela ANS, e que mesmo esclarecido (a) e ciente da disponibilidade do Plano Referência, **NÃO OPTEI POR ESTE PRODUTO.**

FAÇO A OPÇÃO, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado "UNIEMPRESA", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº "465.786/11-1", por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente na presença das testemunhas.

Goiânia, 19 de julho de 2019

Exclusivamente p/ contratos de planos de saúde Unimed Goiânia

INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO HOSPITALAR - IBGH
18.972.378/0002-01
CONTRATANTE

UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
02.476.067/0001-22
CONTRATADA

TESTEMUNHAS	
1-	2- Cleiciane Munique Bernardes Resende CPF: 033.825.341-69 RG: 5310613-SPTC-GO
NOME: Ana Paula R. Freitas	NOME:
CPF : 024.509.291-93	CPF :

Data de aprovação: 23/04/2019

Renata Araújo Nascimento
CPF: 011.451.661-80
RG 4819080 DGPC GO

JURÍDICO IBGH