

Comp. Banco Agência CI Conta C2 Série Cheque nº CS R\$  
 018 104 1639 3 03005238-0 7 AAA 900230 8 7788,02  
 Pague por este cheque a quantia de Setecentos e oitenta e oito reais e duas centavos  
 a PROMED-MG ou à sua ordem

**CAIXA**

Contagem, 14 de junho de 2019  
Erwin J. Custodio

JARDIM INDUSTRIAL  
 R. TIRADENTES, 2426  
 CONTAGEM-MG  
 CONFECÇÃO: 05/2019

ORGANIZACAO EDUC JOAO XXIII  
 CNPJ 16.518.821/0004-05

CLIENTE BANCARIO  
 DESDE 07/2017

10020 018 104 1437 3 03005238-0 7 AAA 900230 8

⑆10416392⑆ 0189002305⑆ 400300523800⑆

**Bradesco** | 237-2 | 23791.95700 40000.177085 31001.282404 2 79210000126202

Beneficiário <b>PROMED - MG</b>		Coop. contratante / Cód. Beneficiário <b>1957-001282-4</b>		Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nota Número <b>04/00001770831-1</b>
Número do documento <b>NF 217004 E</b>	Contrato <b>4199145997</b>	CPF/CEP/CNPJ <b>00.558.356/0001-45</b>	Vencimento <b>15/06/2019</b>	Valor documento <b>1.262,02</b>		
(-) Descrição / Abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros Acréscimos	(-) Valor cobrado		
Pagador / CPF <b>ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII / 16518821000405</b>						<b>ANS 348805</b>

Autenticação mecânica

2ª VIA

Cópie na linha pontilhada

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1639 - JARDIM INDUSTRIAL, MG  
 DATA: 14/06/2019  
 TERMINAL: 1000 NRE: 001044 HORA: 14:44:54  
 AUT.: 0061

COMPONENTE DE PAGAMENTO  
 BOLETO COM CODIGO DE BARRAS

REPRESENTACAO NUMERICA DO CODIGO DE BARRAS  
 23791 95700 40000 177085  
 31001 282404 2 79210000126202

INSTITUICAO EMISSORA: COOP. BANC. BRADESCO S/A

BENEFICIARIO  
 NOME FANTASIA: PROMED  
 NOME/RAZAO SOCIAL: PROMED  
 CPF/CNPJ: 00 558 356/0001 45

PAGADOR  
 NOME: ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII  
 CPF/CNPJ: 16 518 821/0004 05

DATA DE VENCIMENTO: 15/06/2019  
 VALOR NOMINAL: 1.262,02  
 VALOR TOTAL: 1.262,02  
 VALOR PAGO: 1.262,02  
 VALOR DINHEIRO: 1.262,02

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1639 - JARDIM INDUSTRIAL, MG  
 DATA: 14/06/2019  
 TERMINAL: 1000 NRE: 001044 HORA: 14:44:54  
 AUT.: 0061

COMPONENTE DE PAGAMENTO  
 BOLETO COM CODIGO DE BARRAS

REPRESENTACAO NUMERICA DO CODIGO DE BARRAS  
 23791 95700 40000 177085  
 31001 282404 2 79210000126202

INSTITUICAO EMISSORA: COOP. BANC. BRADESCO S/A

BENEFICIARIO  
 NOME FANTASIA: PROMED  
 NOME/RAZAO SOCIAL: PROMED  
 CPF/CNPJ: 00 558 356/0001 45


PAGADOR  
 NOME: ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII  
 CPF/CNPJ: 16 518 821/0004 05

DATA DE VENCIMENTO: 15/06/2019  
 VALOR NOMINAL: 1.262,02  
 VALOR TOTAL: 1.262,02  
 VALOR PAGO: 1.262,02  
 VALOR DINHEIRO: 1.262,02

### Instruções

1. Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta Não use modo econômico.
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.

Corte na linha pontilhada

		237-2	23791.95700 40000.177085 31001.282404 2 79210000126202			
Beneficiário <b>PROMED - MG</b>		Coop. contratante / Cód. Beneficiário <b>1957-001282-4</b>		Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso Número <b>04/00001770831-1</b>
Número do documento <b>NF 217004 E</b>	Contrato <b>4199145997</b>	CPF/CEI/CNPJ <b>00.558.356/0001-45</b>	Vencimento <b>15/06/2019</b>	Valor documento <b>1.262,02</b>		
(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros Acréscimos	(=) Valor cobrado		
Pagador / CPF <b>ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII / 16518821000405</b>						<b>ANS 348805</b>
2ª VIA						Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

		237-2	23791.95700 40000.177085 31001.282404 2 79210000126202		
Local de pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO</b>				Vencimento <b>15/06/2019</b>	
Beneficiário <b>PROMED - MG - 00.558.356/0001-45</b>				Coop. contratante / Cód. Beneficiário <b>1957-001282-4</b>	
Data do documento <b>03/06/19</b>	Nº do documento <b>NF 217004 E</b>	Espécie doc. <b>DM</b>	Acete <b>N</b>	Data process. <b>03/06/19</b>	Nosso número <b>04/00001770831-1</b>
Usou do banco	Carteira <b>004</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor <b>1262,02</b>	(=) Valor documento <b>1.262,02</b>
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) Após vencimento cobrar multa de 2% an e juros de 1% an					
(-) Desconto / Abatimento					
(-) Outras deduções					
(+) Mora / Multa					
(+) Outros acréscimos					
(=) Valor cobrado					
Pagador <b>ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII</b> <b>RUA OLIVEIRA, 179 - INDUSTRIAL 3 SECAO</b> <b>CONTAGEM - MG - 32223380</b>					<b>CNPJ: 16.518.821/0004-05</b> <b>Contrato: 4199145997</b>
Sacador avalista <b>PROMED - MG-00.558.356/0001-45</b>					<b>ANS 348805</b>
Cód. tabela					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Página 1/1



**PROMED - ASSISTENCIA MÉDICA LTDA****CNPJ: 00.558.356/0001-45**

ALM OSCAR NIEMEYER,891 5º ANDAR-VALE DO SERENO-34006065 NOVA LIMA MG

Inscrição Municipal: 130503523

Telefone: 0000-0 E-mail: rogerio@promedmg.com.br

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS**

Nº da Nota:

**00217004 Série: E**

Data Emissão

03/06/2019

Data Lançamento

03/06/2019

Sub-Série

ELETRÔNICA



Município de Nova Lima/MG CNPJ: 22.934.889/0001-17

Praça Bernardino de Lima, 80, Centro CEP: 34000279 Telefone: 3135414345

E-mail: notafiscal@pnl.mg.gov.br

Secretaria da Fazenda/Departamento de Rendas Mobiliárias

ISSQN Retido pelo Tomador: NÃO

Situação: Tributada

É responsabilidade do tomador de serviço verificar a autenticidade da Nota Fiscal Eletrônica no endereço eletrônico:

<http://novalima.mg.gov.br/para-empresas/>

Código de Controle da Nota Fiscal: (D22DD405-068A-4EA5-B72D-27BC08466A22)

**Destinatário - Tomador**

Nome ou Razão Social: ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO XXIII 12470

CPF/CNPJ: 16.518.821/0004-05 Insc. Estadual:

Endereço: R OLIVEIRA, 179,- -INDUSTRIAL ITAU-32223380 CONTAGEM MG BRASIL

Telefone: (000)3133636079 E-mail:

**Discriminação do(s) serviço(s)**

Aliq. %

Valor Total

Prestação de Serviços em Assistência Médica

12 - TIT. PROMED SLIM EMPRESARIAL AMBULATORIAL

3 - DFP. PROMED SLIM EMPRESARIAL AMBULATORIAL

2,00

1.252,02

Deduções:

**\*ESTE DOCUMENTO NÃO PODE CONTER RASURAS\***

Vr Assistência Médica: 1.195,92

Competência: 201906 - (Município Incidência: 3144805 - NOVA LIMA - MINAS GERAIS)

Base Cálculo ISS

63,10

Valor do ISSQN

1,26

Valor da Nota Fiscal

1.252,02

Observações - CONF. LEI 12.741/12 CARGA TRIBUTARIA APROXIMADA 13,45 % (R\$ 169,74)

Número RPS: 225331095 - Código verificação: sYDnBIS0

Código de natureza da operação: 1 - Exigível

422-Planos de medicina de grupo ou individual e convênios para prestação de assistência médica, hospitalar, odontológica e congêneres.

Emitido por: em 03/06/2019 17:28

**Nota Fiscal nº:****00217004 Série: E**

Recebi(emos) de PROMED - ASSISTENCIA MÉDICA LTDA, o(s) serviço(s) constante(s) na NOTA FISCAL DE SERVIÇOS Nº 00217004 Série: E

Código de Controle da Nota Fiscal: (D22DD405-068A-4EA5-B72D-27BC08466A22)

NOVA LIMA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



**Ocorrência de Verbas**  
**ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO X X I I I**

Código	Nome	Ano	Mês	Verba	Valor Sindicato	Filial
000834	DAIANE DIAS DA SILVA	2019	06	3433 - Promed titular	16,84 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000835	ELIZETE AMARO QUINTAS	2019	06	3433 - Promed titular	88,23 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000712	EVA VENCESLAU CUSTODIO	2019	06	3433 - Promed titular	88,23 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000836	GISLAINE DE SOUZA	2019	06	3433 - Promed titular	10,36 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000837	GISLENE ALVES DE OLIVEIRA	2019	06	3433 - Promed titular	16,84 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000858	IRACI MIRANDA DA SILVA	2019	06	3433 - Promed titular	88,23 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000838	JESSICA LARA DO NASCIMENTO	2019	06	3433 - Promed titular	10,36 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000859	MARLI DE ALMEIDA DA SILVA	2019	06	3433 - Promed titular	88,23 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000840	NILZE ANGELA OLIVEIRA SILVA	2019	06	3433 - Promed titular	57,86 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000841	PATRICIA DE OLIVEIRA COSTA	2019	06	3433 - Promed titular	57,86 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000843	SANDRA PATRICIO DA SILVA	2019	06	3433 - Promed titular	57,86 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000860	SONIA CONCEICAO SOARES	2019	06	3433 - Promed titular	88,23 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
					669,13	

25/06/2019

Ocorrência de Verbas  
ORGANIZACAO EDUCACIONAL JOAO X X I I I

Página: 1

09:10

Código	Nome	Ano	Mês	Verba	Valor Sindicato	Filial
000836	GISLAINE DE SOUZA	2019	06	3434 - Promed dependente	79,26 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA
000843	SANDRA PATRICIO DA SILVA	2019	06	3434 - Promed dependente	39,63 00000000000001 - SINTIBREF/MG	00000000000703 - OBRA EDUCACIONAL IRMA ELVIRA

118,89



TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: PROMED - ASSISTENCIA MEDICA LTDA

(MATRIZ E FILIAIS) CNPJ: 00.558.356/0001-45

Certidão nº: 173471506/2019

Expedição: 03/06/2019, às 17:25:02

Validade: 29/11/2019 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **PROMED - ASSISTENCIA MEDICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **00.558.356/0001-45**, **NÃO CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base no art. 642-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentado pela Lei nº 12.440, de 7 de julho de 2011, e na Resolução Administrativa nº 1470/2011 do Tribunal Superior do Trabalho, de 24 de agosto de 2011.

Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho e estão atualizados até 2 (dois) dias anteriores à data da sua expedição.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho ou Comissão de Conciliação Prévia.



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: **PROMED - ASSISTENCIA MEDICA LTDA**  
CNPJ: **00.558.356/0001-45**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 11:57:12 do dia 03/06/2019 <hora e data de Brasília>.

Válida até 30/11/2019.

Código de controle da certidão: **FD5F.D1C7.7D62.B6D0**

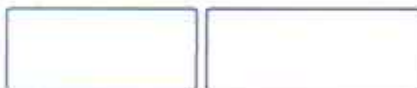
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Nova Consulta](#)



Preparar página  
para impressão





## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 00.558.356/0001-45

**Razão Social:** PROMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA

**Endereço:** AL DA SERRA / 891 / VILA DA SERRA NOVA LIMA - MG

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 27/05/2019 a 25/06/2019

**Certificação Número:** 2019052700433695828862

Informação obtida em 03/06/2019 17:26:37

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



**MIGRAÇÃO**

NOVO

MIGRAÇÃO

CONTRATO N°	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VENCIMENTO DA MENSALIDADE						
		VIGÊNCIA	01 a 05	06 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30
		VENCIMENTO	5	10	15	20	25	28
CORRETORA	CORRETOR	CPF CORRETOR						

### DADOS DO CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL					
NOME FANTASIA					
CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		
SUBCLASSE CNAE					
CEP	ENDEREÇO DE FATURA (IGUAL AO DO CNPJ)				
NÚMERO	COMPLEM.	BAIRRO	CIDADE	UF	
CEP	ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA				
NÚMERO	COMPLEM.	BAIRRO	CIDADE	UF	
CONTATO	CARGO		CELULAR		
E-MAIL				FIXO	

**SEM COBERTURA HOSPITALAR**

## DADO A SER CORRIGIDO

## INFORMAÇÃO CORRETA

## PRODUTO CONTRATADO

NOME COMERCIAL DO PRODUTO

NÚMERO DE REGISTRO ANS

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Promed | Slim

N° 478704178

AMBULATORIAL

## FAIXA ETÁRIA

## VALOR

% de variação  
entre as faixas

00 a 18	R\$ 39,63	0,00%
19 a 23	R\$ 49,86	25,80%
24 a 28	R\$ 49,86	0,00%
29 a 33	R\$ 56,34	13,00%
34 a 38	R\$ 56,34	0,00%
39 a 43	R\$ 97,36	72,80%
44 a 48	R\$ 97,36	0,00%
49 a 53	R\$ 127,73	31,20%
54 a 58	R\$ 127,73	0,00%
59 e +	R\$ 237,71	86,10%

## VALORES DAS COPARTICIPAÇÕES

Consultas Rede Própria	R\$ 9,98
Consultas Consultórios/Clinicas	R\$ 18,00
Consultas Hospitalares	R\$ 28,50
Exames Simples	R\$ 8,50
Exames Especiais	R\$ 25,00
Fisioterapias (sessão)	R\$ 5,50
Terapias Especiais	R\$ 25,00
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 25,00

Transporte aeromédico

VALOR UNITÁRIO  
(POR BENEFICIÁRIO ATIVO)Opcional  SIM  NÃO R\$ 1,99

Contratação compulsória para todos os beneficiários inscritos no plano

## CONTINGENTE MÍNIMO:

O NÚMERO MÍNIMO de inscritos neste contrato é de 02 (DOIS) beneficiários para efeito de emissão de fatura. Caso o contrato venha apresentar um número abaixo do mínimo estipulado, o contratante obriga-se a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 18 (dezoito) anos de idade, até atingir o mínimo estabelecido, de modo a manter as características do presente contrato.

## TAXA DE ADESÃO:

Para cada beneficiário inscrito no ato da contratação do plano, o contratante pagará a taxa de inscrição no valor de R\$ 10,00 (dez reais). Para inclusões posteriores de novos beneficiários, o contratante pagará uma taxa de inscrição no valor vigente à época.

## DECLARAÇÕES E ASSINATURA:

1. Declaro ter sido claramente informado(a) e estar ciente de ter assinado uma proposta, sendo que as partes convencionam a conversão desta em contrato, caso não haja manifestação por nenhuma delas até o dia útil anterior ao início da vigência do contrato, e o fazem com base no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor. Também estou ciente das seguintes informações referentes aos serviços e de acordo com as condições contratuais da PROMED ressaltadas abaixo:

2. Tenho pleno conhecimento de que este produto NÃO PREVÊ A COBERTURA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES, PARTOS, BEM COMO TODOS OS EVENTOS RELATIVOS À SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR DO ROLDE PROCEDIMENTOS DA ANS.

3. A área de abrangência para atendimento é compreendida pelos municípios de Belo Horizonte, Betim, Contagem e Sete Lagoas.

SEM COBERTURA HOSPITALAR



4. O contrato terá duração mínima de 12 meses consecutivos, prorrogando-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado, contados a partir da vigência do contrato. Há possibilidade de rescisão do contrato por atraso no pagamento da mensalidade ou coparticipação por período superior a 60 dias; consecutivos ou não (art. 13, parágrafo único II, da Lei nº 9.656/98)

5. A partir da data de vigência, serão contadas as seguintes carências:

PROCEDIMENTO	
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Cirurgias ambulatoriais	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias

6. O aproveitamento parcial ou total de carências é uma concessão da PROMED, que poderá ou não ser efetuada após a verificação e análise da documentação solicitada, além da data de inclusão e exclusão do beneficiário no plano anterior.

7. Antes ou após a data de início de vigência, poderá ser designada ou ser dada continuidade à perícia médica, conforme previsto na Resolução Normativa 162/2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

8. O valor mensal a ser pago será igual à soma dos valores de assistência médica, eventuais valores de coparticipação.

9. As cobranças das coparticipações são realizadas a partir de cada procedimento e/ou análise laboratorial realizados e podem ocorrer em até 180 dias após a prestação do serviço.

10. Haverá alteração do valor total da mensalidade na hipótese de inscrição de dependentes ou contratação de novos produtos/serviços.

11. Em caso de não recebimento do boleto, a 2ª via poderá ser retirada no site [www.promedmg.com.br](http://www.promedmg.com.br).

12. A Rede Credenciada pode ser consultada em nosso site [www.promedmg.com.br](http://www.promedmg.com.br) ou pelo aplicativo compatível e disponível para celulares e tablets.

13. A proposta e documentação enviadas à PROMED serão analisadas para que o plano contratado possa entrar em vigor. As cópias dos documentos contratuais serão comediadas depois de concluída essa análise.

14. O vendedor prestou todos os esclarecimentos adequados sobre os serviços e os documentos contratuais.

15. Declaro que a Operadora me informou quanto a existência e disponibilidade do Plano Referência de assistência à saúde com segmentação ambulatorial hospitalar com obstetrícia, opção entretanto que recusei, optando pelo produto descrito na Proposta de Adesão.

16. As inclusões e alterações de beneficiários deverão ser feitas através do site [www.promedmg.com.br](http://www.promedmg.com.br), acesso da empresa e deverão obedecer a tabela abaixo:

## MOVIMENTAÇÃO

DATA DE VENCIMENTO DO BOLETO	05	10	15	20	25	28
DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO	15 do mês anterior	20 do mês anterior	25 do mês anterior	30 do mês anterior	05 do mês corrente	10 do mês corrente

17. As partes reconhecem que, de acordo com o princípio da boa fé e da proibição, por ter o contrato conteúdo regulado por lei, suas assinaturas originárias somente constarão neste documento, o que não as exime de cumprir o inteiro teor do contrato, cujo a consulta está disponível no site [www.promedmg.com.br](http://www.promedmg.com.br), que foi devidamente lido, compreendido e aceito pelas partes aqui signatárias.

Assinatura do contratante titular / responsável legal e financeiro / procurador)

**SEM COBERTURA HOSPITALAR**