

8174, 8176

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES**  
**PLANO COLETIVO POR ADEÇÃO – CO-PARTICIPAÇÃO TODOS OS PROCEDIMENTOS**  
**ENFERMARIA/APARTAMENTO**  
**PLANO AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO**  
PROTOCOLO PROVISÓRIO ANS Nº 34.208-4  
PROTOCOLO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 435.543/01-1 435.544/01-0

**I – QUALIFICAÇÃO DO CONTRATO**

Tipo: Co-participação Todos os Procedimentos - Enfermaria/Apartamento  
Modalidade: Pré-Pagamento

NUMERO: 6902

**II – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**CONTRATANTE 1**

**EMPRESA: ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UFMT - ADUFMAT**

CNPJ: 14.912.075/0001-53

INSC: ISENTO

ENDEREÇO: AV. FERNANDO CORREA DA COSTA – CAMPUS UFMT

BAIRRO: COXIPÓ

TELEFONE: (65) 615-8293

CIDADE-UF: CUIABÁ -MT

CEP: 78.060-970

REPRESENTANTE: CARLOS ALBERTO EILERT

CPF: 081.092.571-00

CARGO: PRESIDENTE

RG: 0069604 MT

REPRESENTANTE: JOSÉ AIRTON DE PAULA

CPF: 079.742.214-53

CARGO: TESOUREIRO

**CONTRATANTE 2**

**EMPRESA: SINDICATO DOS TRABALHADORES DA UFMT – SINTUF - MT**

CNPJ: 03.827.979/0001-64

INSC: ISENTO

ENDEREÇO: AV. FERNANDO CORREA DA COSTA – CAMPUS UFMT

BAIRRO: COXIPÓ

TELEFONE: (65) 615-8292

CIDADE-UF: CUIABÁ -MT

CEP: 78.060-970

REPRESENTANTE: PAULO SILVA RIBEIRO

CPF: 161.840.921-20

CARGO: PRESIDENTE

RG: 228030 MT

**CONTRATADA**

**EMPRESA: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

CGC: 03.533.726/0001-88

INSCR. EST.: 13.156.709-8

ENDEREÇO: Rua Barão de Melgaço, n.º 2.713

BAIRRO: Centro Sul

CIDADE: Cuiabá - MT

CEP: 78.020-800

TELEFONE: (065) 612-3100

REPRES: Kamil Hussein Fares

CPF: 094.628.999-91

CARGO: Presidente

RG.: 876.326-SSP/PR

REPRES: Cetimio Vieira Zagabria

CPF: 010.536.399-53

CARGO: Diretor Tesoureiro

RG.: 537.463-4 – SSP/PR

## INTRODUÇÃO

As partes já designadas e qualificadas como **CONTRATANTES** e **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares, que será regido pelas cláusulas e condições que se seguem:

### CLÁUSULA I - OBJETO

1.1.- O objeto deste Contrato é a prestação de serviços, exclusivamente nos termos de cobertura e condições previstas no artigo 12º, incisos I, II e III, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares, no Estado de Mato Grosso, ou ainda em nível Nacional, em localidades onde existir uma Singular e/ou serviços credenciados ao sistema UNIMED, excetuando-se Hospitais, Clínicas, Laboratórios e demais serviços que atuem com tabela própria (alto custo), para os eventos mórbidos, aleatórios e independentes da vontade humana que os possam atingir.

1.2.- Será de 50 (cinquenta inscritos) o número mínimo de clientes exigidos para celebração e manutenção deste contrato.

1.3.- O presente Contrato se caracteriza pela **CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO DE PESSOAS FÍSICAS** com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma **PESSOA JURÍDICA**, compreendendo o Plano **AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

1.4.- O regime de contratação deste Plano deverá obedecer ao seguinte sistema:

- a) **Plano de Contratação Coletiva por Adesão** – entende-se como aquele que presta Assistência a Saúde de contratação Coletiva, por adesão apenas espontânea e opcional de Empregados, Associados ou Sindicalizados, legalmente vinculados a uma referida Pessoa Jurídica.
- b) **Representatividade** – os Clientes inscritos neste contrato, para fins legais, serão representados pelas pessoas Jurídicas **CONTRATANTES**, através de seus representantes descritos no contrato social e/ou na Ata de Eleição e Posse da entidade, e caberá as **CONTRATANTES** a responsabilidade de fornecer aos seus representados qualquer documentação contratual solicitada, além da divulgação de mudanças contratuais pactuadas entre as partes contratantes.

### CLÁUSULA II – CLIENTES

2.1.- Somente poderão ser incluídos ou permanecer na condição de Cliente no presente Contrato, as pessoas que cumprirem as exigências de vínculo com as **CONTRATANTES**, desde que residentes no Estado de Mato Grosso.

Obedecido o disposto no item 2.1 desta Cláusula, serão aceitos como Clientes para fins deste Contrato:

a) Como TITULAR:

Professores, efetivos e contratados (desde que devidamente nomeados, através de veículo oficial da Universidade Federal de Mato Grosso), afiliados à entidade sindical representante de classe – Adufmat, servidores, também afiliados à entidade sindical representante de classe - Sintuf, possuidores de vínculo empregatício que justifique sua filiação às **CONTRATANTES**, além de empregados devidamente registrados nas **CONTRATANTES** (empregados da Adufmat e Sintuf);

\* **Vínculo Empregatício:** Holerite e/ou nomeação em Diário Oficial da União, que comprove que o titular é empregado da Universidade Federal de Mato Grosso, ou carteira de trabalho e cópia do livro de registro de empregados, para os empregados registrados na Adufmat e no Sintuf.

\* **Vínculo Associativo:** Cópia da ficha de filiação do associado à entidade (Adufmat ou Sintuf) ou cópia da ata de eleição, quando se tratar de cargos eletivos.

b) **Como DEPENDENTES DIRETOS DO TITULAR:**

I. Cônjuge;

II. Companheiro(a) em união estável, com registro de dependência junto a previdência social e sem concorrência do cônjuge;

III. Filhos(as) naturais, adotivos(as) e/ou enteados(as), desde que solteiros(as), com até 24 anos de idade;

III.I - É obrigação do Titular, na ocorrência de casamento dos filhos ou quando estes atingirem a idade de 25 anos, promover junto à CONTRATADA - via CONTRATANTES - as respectivas exclusões, até o limite máximo de 30 (trinta) dias antes do evento;

III.II - Caso não ocorra a informação, conforme previsto no sub-item 3.1 desta cláusula, a condição de permanência desse cliente será alterada **automaticamente**, e o mesmo passará a figurar como **agregado**.

IV. Equiparam-se aos filhos:

IV.I. O menor que esteja sob guarda **permanente** do titular por decisão judicial.

V. **Como AGREGADOS:** Todos os demais inscritos, que não figurem como dependentes diretos e desde que cadastrados anteriormente como agregados nos contratos 8174, 8175, 8176, 8177, 5452, 5453, 5454 e 5455.

V.I. Não será aceito o cadastramento de novos agregados neste contrato.

2.2. - Para os agregados provenientes dos contratos 8174, 8175, 8176 e 8177, deverão ser observadas as tabelas do **Anexo II**, itens **III.I** e **III.III**, que é parte integrante deste contrato.

2.3. - Para os agregados provenientes dos contratos 5452, 5453, 5454 e 5455, deverão ser observadas as tabelas do **Anexo III**, itens **III.I** e **III.II**, que é parte integrante deste contrato.

2.4. - Para a inclusão de qualquer dependente, o titular deverá estar obrigatoriamente inscrito no plano e contribuir com a respectiva mensalidade.

2.5. - O termo **Cliente** utilizado neste contrato, tem como finalidade qualificar o usuário regularmente inscrito no plano, independentemente de qual seja seu vínculo de permanência.

**CLÁUSULA III - ACOMODAÇÃO**

3.1. - Para utilização dos serviços hospitalares previstos neste contrato, será considerada a acomodação tipo "A" em **Enfermaria** ou tipo "B" em **Apartamento**, conforme especificado em ficha de cadastro.

3.2. - A **CONTRATADA** admitirá a transferência do cliente de um plano com acomodação em enfermaria para outro com acomodação em apartamento, ficando o cliente, nos casos em que houver necessidade de internação, sujeito a novos prazos de carências, conforme estabelecidos na **Cláusula XIV - Carências**.

Durante o novo período de carência, as internações continuarão sendo permitidas na acomodação enfermaria, desde que o Cliente já tenha cumprido as respectivas carências.

3.3. - Em caso de internação, o cliente poderá optar por acomodação superior ao seu plano de saúde, cabendo-lhe, porém, a responsabilidade de efetuar, através de livre e antecipada negociação, o pagamento das diferenças de preços nas diárias hospitalares e honorários médicos, diretamente aos hospitais e médicos envolvidos, sem que, neste caso, haja qualquer intervenção ou responsabilidade da CONTRATADA.

#### CLÁUSULA IV - CADASTRAMENTO

4.1. - O cadastramento dos clientes será efetivado a pedido das CONTRATANTES, mediante solicitação através de documento apropriado - ficha de cadastro ou movimentação on-line, através de assinatura eletrônica - devidamente preenchido, bem como, de documentação comprobatória de filiação e parentesco, e ainda declaração de saúde.

4.2. - As Solicitações de Cadastramento - inclusão, exclusão e alteração cadastral - deverão ser encaminhadas à CONTRATADA, de acordo com o **Calendário de Movimentação - anexo VI** -, sendo que as exclusões ocorrerão no último dia do mês corrente e as inclusões e alterações, no primeiro dia do mês seguinte ao da apresentação da Ficha Cadastral.

4.2.1. - A CONTRATADA emitirá anualmente o **Calendário de Movimentação** que será repassado às CONTRATANTES até o mês de dezembro de cada ano.

4.3. - A vigência do contrato de clientes inscritos dentro do prazo previsto no calendário de movimentação, será sempre no primeiro dia do mês subsequente ao de sua inclusão, oportunidade em que passarão a vigorar todos os direitos e obrigações previstos neste contrato, inclusive prazos de carências.

4.4. - A utilização dos serviços previstos neste Contrato dependerá sempre da apresentação da Cédula de Identidade do cliente, acompanhada do Cartão Magnético Unimed.

4.5 - Quando, por motivo de nascimento ou adoção de menor de 12 (doze) anos, **filho do titular do plano**, ocorrer a inclusão do respectivo dependente - no prazo máximo de até 30 dias a contar da data do evento - este ficará sujeito apenas às carências que porventura o pai ou mãe estiver cumprindo, observando sempre o maior benefício.

4.6. - É obrigação das CONTRATANTES solicitar a exclusão do titular e seus dependentes - caso este venha a perder as condições exigidas para o ingresso no plano. Em caso de omissão, a CONTRATADA cobrará os procedimentos utilizados em Custo Operacional, acrescidos de 25% (vinte e cinco por cento) a título de custos administrativos.

4.7. - É obrigação das CONTRATANTES, no caso de exclusão dos clientes ou perda de vínculo sindical e contratual, recolher e devolver os respectivos Cartões Magnéticos de Identificação, bem como qualquer documento análogo fornecido pela CONTRATADA.

4.8. - Será de responsabilidade das CONTRATANTES toda e qualquer despesa decorrente da utilização indevida dos documentos relacionados a este Contrato e colocados à sua disposição. Ocorrendo tal hipótese, a CONTRATADA emitirá fatura no valor correspondente aos serviços utilizados, acrescida de 25% (vinte e cinco por cento) a título de custos administrativos.

4.9. - Considera-se uso indevido qualquer dano ou despesa que resulte da utilização incorreta ou fraudulenta desses documentos pelo titular, seus dependentes e/ou agregados, ou por terceiros. A ocorrência do uso indevido acarretará a exclusão imediata e em caráter irrevogável do Cliente, não lhes sendo permitidas aquisições de novos Contratos e/ou ingresso em qualquer outro plano já existente. A tentativa de utilização indevida, mesmo não consumada, implicará em idêntica aplicação da pena prevista neste item.

4.10. - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, as CONTRATANTES obriga-se a participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, sob pena de arcar com as possíveis despesas decorrentes na forma do item 4.8. desta cláusula.

**CLÁUSULA V – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

Art. 11, da Lei 9.656/98, e Resolução nº. 2, do CONSU.

5.1. – Da inclusão de clientes com doenças ou lesões preexistentes:

5.1.1 – Para todos os clientes inscritos que apresentarem doenças e lesões pré-existentes, será exigida neste Contrato, a condição de agravo ou cobertura parcial temporária (carência de 24 meses), cabendo ao cliente, mediante assinatura de Termo Aditivo, escolher entre as duas opções apresentadas acima, a que melhor lhe convier.

**“GLOSSARIO”:**

**“AGRAVO”** – qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano de Saúde;

**“COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA”** – aquela que admite um prazo determinado – até 24 meses - a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

5.1.2 – Quaisquer que sejam as modalidades previstas nos itens “5.1.1” ou “5.1.2”, no tocante ao número de clientes, será exigida, neste Contrato, o cumprimento das carências previstas na cláusula XIV.

5.2. – Para efeito de apresentação da DECLARAÇÃO DE SAÚDE, CONTRATANTES - e seus clientes – e CONTRATADA, obrigam-se a cumprir bem e fielmente as disposições contidas na Resolução nº. 2, de 03.11.98, do CONSU, que é parte integrante deste Contrato, e será fornecida em separado, conforme previsto no item 7.7, da Cláusula VII.

**CLÁUSULA VI – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE PERMANÊNCIA NO PLANO**

6.1.- Ao cliente, com vínculo empregatício direto com as CONTRATANTES (funcionário registrado na Adufmat e Sintuf), que contribuir para o presente Plano de Saúde, em caso de rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter a sua condição de cliente beneficiário do plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho, e desde que, assuma o pagamento integral da mensalidade devida, observando-se as seguintes condições:

- a) O período de manutenção do benefício a que se refere o item 6.1 será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no Plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um

máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

b) A condição de permanência no Plano de Saúde prevista no item 6.1 deixará de existir quando da admissão do cliente titular em novo emprego.

6.2.- Ao aposentado que contribuir para o presente Plano de Saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de sua manutenção como cliente, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade devida, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.3. - Ao aposentado que contribuir para este Plano de Saúde, por prazo inferior ao estabelecido no item 6.2, é assegurado o direito de sua manutenção como cliente, à razão de um ano para cada ano de contribuição paga, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade devida, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.4 - Em caso de morte do cliente titular, empregado das CONTRATANTES, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos à época do evento, desde que assumam o pagamento integral da mensalidade devida.

6.4.1.- O período de manutenção do benefício destinado aos dependentes, a que se refere o item 6.4, será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência dos mesmos no Plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo tal benefício a todo o grupo familiar inscrito junto do titular à época do falecimento.

6.5 - Para que o beneficiário faça jus a condição de permanência descrita nos itens 6.1, 6.2, 6.3 ou 6.4, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: Funcionário demitido sem justa causa - termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente homologado pelo órgão competente. Aposentados - Comprovante de homologação da aposentadoria. Titulares falecidos - Cópia do atestado de óbito.

a) A condição de permanência no Plano de Saúde prevista nos itens 6.1, 6.2 e 6.3, deixarão de existir quando da admissão do cliente titular em novo emprego.

6.6 - A condição essencial para que os Clientes inscritos no plano sejam beneficiados pelo disposto nesta Cláusula é que o titular seja empregado de uma das entidades designadas como CONTRATANTES do plano.

### CLÁUSULA VII - COBERTURA CONTRATUAL

7.1.- A CONTRATADA, obriga-se, nos termos do artigo 10º c.c. artigo 12º, incisos I, II e III, da Lei 9.656, de 03.06.98, e Resolução nº. 10 - artigos 4º e 6º - do CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU - no que cabe ao presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO - a prestar aos clientes inscritos, conforme as cláusulas e condições previstas neste contrato - excetuando-se os itens da cláusula XII - assistência médica por médicos cooperados em consultórios, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, devidamente credenciados, serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a saber:

## 7.2.- ESPECIALIDADES MÉDICAS

*Estarão a disposição dos clientes inscritos neste Contrato, todas as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.*

## 7.3.- SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

*7.3.1.- Somente serão cobertos e autorizados os exames complementares de diagnóstico e tratamento, desde que previamente autorizados pela CONTRATADA e solicitados por médicos cooperados, com previsão expressa no Rol de Procedimentos do CONSU - Resolução nº. 10 - Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, em 04.11.98, além de resoluções normativas posteriores, publicas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.*

### a) EXAMES DE ROTINA

São considerados exames de rotina:

- *Análises Clínicas;*
- *Radiologia Simples.*

### b) EXAMES ESPECIALIZADOS

São considerados exames especializados:

*Todos os demais exames previstos no Rol de Procedimentos do CONSU, além de resoluções normativas posteriores, publicas pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, com exceção dos indicados na letra "a" do item 7.3.1.*

## 7.4.-INTERNACÕES

7.4.1.- Somente serão autorizadas internações hospitalares - em hospitais credenciados ao sistema Nacional Unimed, **excetuando-se aqueles que utilizam tabela própria/alto custo** - quando solicitadas e acompanhadas por médicos cooperados, excetuando-se o disposto no item 7.4.3, letra "a", desta cláusula.

### 7.4.2.- INTERNACÕES PROGRAMADAS (ELETIVAS)

Somente serão autorizadas internações hospitalares - Programadas ou Eletivas - na área de abrangência deste Plano de Saúde, mediante apresentação da Guia de Internação solicitada por médico cooperado, com indicação dos códigos da AMB e CID, devidamente autorizados pela CONTRATADA.

### 7.4.3.- INTERNACÕES DE URGÊNCIA

a) Nos atendimentos de urgência/emergência, havendo ou não internação, os serviços serão prestados, obrigatoriamente, pelos médicos plantonistas, respeitando sempre a área de abrangência do contrato. Caso o cliente faça opção por outro médico cooperado, os honorários do mesmo, serão de sua inteira responsabilidade.

b) O cliente internado em caráter de urgência/emergência, ou quem por ele responde, se obriga a apresentar à CONTRATADA a solicitação de internação expedida pelo médico assistente, no 1º

dia útil seguinte ao evento, para análise e autorização, se coberto o procedimento, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

#### **7.4.4.- PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO**

A prorrogação do prazo de internação dependerá sempre da solicitação justificada do médico assistente e será apreciada pela Auditoria Médica da CONTRATADA, devendo o cliente ou quem por ele responde, encarregar-se de providenciar a nova guia no primeiro dia útil seguinte ao vencimento da internação já autorizada.

#### **7.5.- PROCEDIMENTOS:**

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- d) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- e) Despesas referentes a honorários médicos;
- f) Serviços de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- g) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- i) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- j) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do Cliente, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto;
- k) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação o presente contrato terá cobertura para:
  - Estando o paciente em crise, 30 (trinta) dias de internação por ano contrato, em hospital psiquiátrico ou unidade de enfermagem psiquiátrica de hospital geral.
  - Na intoxicação ou abstinência (dependência química), 15 dias de internação por ano contrato, em hospital geral.

**O Cliente pagará em todos os procedimentos acima, as devidas co-participações estabelecidas neste contrato.**

7.6. - A CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, descredenciar médicos, laboratórios e qualquer outra entidade, a seu exclusivo critério, objetivando aprimorar o padrão de



atendimento, com exceção dos estabelecimentos hospitalares, quando a substituição somente poderá ser efetivada mediante prévia notificação aos Contratantes e ao Ministério da Saúde, com prazo de 30 (trinta) dias, ressalvando-se os casos decorrentes de rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

7.6.1 – Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o item anterior, ocorrer por resolução da CONTRATADA ou da ENTIDADE HOSPITALAR, durante período de internação do cliente, obrigam-se: a CONTRATADA e o ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, a manter a internação do cliente, até a sua alta hospitalar.

7.6.2 – Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer em decorrência de infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a CONTRATADA obriga-se a arcar com todas as despesas necessárias a transferência e continuidade do tratamento do cliente, para outra entidade Hospitalar, nos termos deste contrato.

#### 7.7. – A CONTRATADA fornecerá as CONTRATANTES:

7.7.1.- Guia Médico onde constarão:

- a) Relação dos médicos cooperados com indicação de suas especialidades e endereço de seus consultórios;
- b) Relação de serviços Ambulatoriais, Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento e entidades hospitalares, próprios e credenciados, inclusive os seus endereços;

7.7.2. – Resolução:

- a) Resolução nº. 2, de 03.11.98, do CONSU.

7.7.3.- Tabela de Preços dos Serviços.

### CLAUSULA VIII – TRANSPLANTE

8.1. – O presente Plano de Saúde não prevê a cobertura de transplantes, excetuando-se os transplantes de córnea e rim, bem como, as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

8.1.1. – Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias a realização do transplante, incluindo:

- a) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) os medicamentos utilizados durante a internação;
- c) o acompanhamento clínico no pós operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

8.1.2. – Os clientes inscritos no plano e candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos – CNCDOs – e sujeitar-se-ão aos critérios de fila única de espera e de seleção.

## CLÁUSULA IX - ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO

9.1.- Em caso da necessidade de utilização deste plano de saúde em cidades fora da área de atuação da Unimed Cuiabá, ou onde esta não mantiver convênios com os médicos, laboratórios e hospitais - via outra singular Unimed - fica acordado que a CONTRATADA somente estará obrigada a arcar com os custos semelhantes aos previstos nas tabelas abaixo, desde que, observadas as cláusulas contratuais e normas administrativas locais.

PROCEDIMENTOS	TABELA
Serviços Médicos	TAMB - Tabela da Associação Médica Brasileira
Exames Complementares	TAMB - Tabela da Associação Médica Brasileira
Medicamentos	BRASINDICE
Internações Hospitalares	HOSPITAIS DE CUIABÁ - a de maior valor

9.2.- Caso existam diferenças nos valores cobrados, estes serão de inteira responsabilidade das CONTRATANTES.

9.3.- Nas localidades onde a CONTRATADA não mantiver convênio com os médicos, laboratórios e hospitais, somente serão asseguradas internações clínicas e cirúrgicas de urgência e emergência.

9.4.- Esses atendimentos ficam condicionados a aceitação destas condições por parte dos médicos, laboratórios e hospitais não conveniados.

9.5.- Este contrato não prevê atendimento fora do Brasil;

9.6.- Este contrato não prevê a autorização de internações e/ou cirurgias em Hospitais que utilizem Tabela Própria - Alto Custo.

## CLÁUSULA X - REEMBOLSO

10.1.- Em caso de urgência ou Emergência quando se demonstrar que o CLIENTE não teve condições de utilizar-se dos serviços próprios ou contratados da CONTRATADA, o mesmo terá direito ao reembolso das despesas havidas, limitadas a abrangência geográfica do contrato (Mato Grosso), cobertura contratual e aos valores de referência previstos no item 9.1, da Cláusula IX, valores esses igualmente atribuídos aos seus serviços próprios ou contratados.

- O prazo máximo para a apresentação dos documentos comprobatórios a referendar o pedido de reembolso, será de 90 (noventa) dias contados da data do evento.
- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da apresentação do pedido.
- O pedido de reembolso deverá ser obrigatoriamente acompanhado dos seguintes documentos em seus originais:

- Relatório do Médico Assistente.
- Conta hospitalar e relatório das despesas com todos os procedimentos e os respectivos Honorários Médicos.
- Notas Fiscais e Recibos dos Serviços prestados.

*10.2.- Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao cliente, responsabilizando-se a CONTRATADA enquanto perdurar o estado de Urgência e Emergência.*

10.3.- Quando houver Franquia ou Co-participação prevista no Contrato estas deverão ser previamente deduzidas do valor do reembolso.

10.4.- O CLIENTE perderá o direito ao reembolso se deixar de cumprir as exigências desta Cláusula.

### CLÁUSULA XI – REMOÇÃO INTER – HOSPITALAR

11.1.- A CONTRATADA obriga-se a promover a transferência do Cliente internado, para outro hospital mantenedor de convênio com esta, na sua área de abrangência e nos precisos termos deste Contrato, ou ainda, onde existir uma Singular Unimed, sem nenhum ônus adicional para o paciente, obedecendo aos critérios abaixo estabelecidos:

- a. As remoções somente serão autorizadas para Clientes internados em ambiente hospitalar, o qual não disponha de condições humanas, físicas, técnicas e/ou tecnológicas para atender sua necessidade específica, para outra instituição hospitalar que disponha, comprovadamente, dos recursos necessários para atender a essa necessidade;*
- b. A solicitação da Remoção deverá ser originada pelo médico assistente do Cliente;*
- c. A CONTRATADA só será obrigada a autorizar a remoção depois de análise do quadro clínico do Cliente, onde seja constatada estabilidade, e que o mesmo não estará exposto a riscos durante o transporte;*
- d. A remoção será feita através de unidade terrestre – ambulância – totalmente equipada com os recursos técnicos e humanos dos quais o cliente possa necessitar durante o percurso;*
- e. Fica a cargo da família e/ou representantes do Cliente internado a responsabilidade por reservar vagas na unidade hospitalar de destino;*
- f. A remoção diz respeito exclusivamente ao traslado de ida do Cliente, não cabendo à CONTRATADA nenhuma responsabilidade pelo retorno do mesmo, nem reembolsos de qualquer natureza, relativos a passagens e/ou hospedagem após a alta hospitalar;*
- g. Este serviço de remoção não inclui traslado de corpo em caso de falecimento do Cliente removido, mesmo que a remoção original tenha sido autorizada pela CONTRATADA.*
- h. Não estão cobertas as remoções aéreas. O cliente que desejar ter a disposição esse serviço, deverá contratá-lo separadamente, através de aditivo contratual, arcando com os custos extras gerados pela inclusão do mesmo.*

### CLÁUSULA XII - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

12.1.- Não terão cobertura para fins do presente contrato os seguintes serviços:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, bem como Medicina Ortomolecular e Mineralograma de Cabelo;
  - b) Consultas, Serviços de Enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
  - c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses, próteses para o mesmo fim;
  - d) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
  - e) Inseminação artificial e Procedimentos de Esterilização;
  - f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
  - g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
  - h) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
  - i) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
  - j) Transplantes, excetuando-se os de córnea e rim;
  - k) Exames Admissionais, Demissionais e Periódicos, relativos à medicina ocupacional;
  - l) Acidentes do Trabalho;
  - m) Tratamentos em Clínicas de Emagrecimento, Clínicas de Repouso, Estâncias Hidrominerais, Clínicas para acolhimento de idosos e Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
  - n) Procedimentos ligados a Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, consulta ou tratamento em Psicologia, Nutricionista (exceto quando internado);
  - o) Procedimentos Odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial, que necessite de ambiente hospitalar.
  - p) Atendimento fora do país (inclusive reembolsos originados por atendimento dessa natureza);
  - q) Atendimento em hospitais, clínicas e laboratórios que utilizem tabela própria (Alto custo);
- 12.2. - A cirurgia plástica restauradora só terá cobertura contratual quando efetuada, unicamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, decorrentes de acidentes pessoais, desde que não seja para fins estéticos.

### CLÁUSULA XIII - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

13.1.- As divergências de natureza médica sobre os atendimentos previstos no presente Contrato serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelas CONTRATANTES, outro pela CONTRATADA e um terceiro desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

13.2.- Se não houver acordo na escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao Conselho Regional de Medicina, cuja remuneração ficará a cargo da CONTRATADA.

13.3.- Cada uma das partes pagará os honorários do médico que designar e os do terceiro serão suportados pela CONTRATADA.

#### CLÁUSULA XIV - CARÊNCIAS.

14.1- Todos os clientes, a partir da data de sua inclusão no Plano de Saúde, cumprirão obrigatoriamente os seguintes prazos de carência:

- a) 24 horas para Acidente Pessoal;
- b) 24 horas para atendimentos de urgência/emergência (somente atendimento ambulatorial - Resolução 13ª do CONSU);
- c) 30 dias para Consultas, Exames de rotina;
- d) 60 dias para Exames Especializados, exceto os constantes nos itens abaixo;
- e) 180 dias para Angiografia Digital, Cineangiocoronariografia, Litotripsia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada;
- f) 180 dias para Fisioterapia;
- g) 180 dias para procedimentos de Ambulatório, Quimioterapia, Radioterapia, Medicina Intervencionista, Internações Clínicas, Cirúrgicas e UTI/CTI, exceto parto e patologias consideradas pré existentes;
- h) 180 dias para Hemodiálise e Diálise Peritonal;
- i) 300 dias para parto;
- j) 720 dias para patologias e lesões consideradas preexistentes.

14.2- Enquanto não cumpridos os prazos de carência acima estipulados, não serão autorizados quaisquer procedimentos.

#### CLÁUSULA XV - PREÇOS

15.1 - Os valores correspondentes a contra prestação dos serviços previstos contratualmente, inclusive com co-participação, são os constantes nos Anexos I e II, que são parte integrante deste instrumento.



**CLÁUSULA XVI - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Os serviços previstos neste contrato serão remunerados da seguinte forma:

**16.1. - INSCRIÇÃO**

Pelo cadastramento de cada cliente, serão cobrados os custos administrativos denominados "Taxa de Adesão", conforme Anexo I, a serem pagos mediante emissão de fatura ou carnê.

**16.2. - MENSALIDADE**

16.2.1. - **PRÉ-PAGAMENTO FATURA:** Será emitida uma fatura às CONTRATANTES que, através de convênio apropriado com a Universidade Federal de Mato Grosso, efetuará os devidos descontos em folha de pagamento dos servidores inscritos no plano e repassarão à CONTRATADA até o dia 05 (cinco) de cada mês, fatura essa cuja importância será obtida da soma dos valores devidos por cada um dos clientes inscritos no plano.

16.2.2. - **PRÉ-PAGAMENTO BOLETO:** Será emitido um boleto bancário nominal a cada titular, com vencimento para o dia 05 (cinco) de cada mês e cuja importância corresponderá à soma dos valores devidos por este e seus dependentes.

16.2.3.- **VIGÊNCIA DO PAGAMENTO:** Independentemente da data de vencimento mensal das prestações, acordada no fechamento do contrato, a mensalidade paga corresponde aos serviços disponibilizados no mês anterior ao do pagamento, ou seja, o vencimento será sempre no mês seguinte ao período de prestação dos serviços contratados.

**16.3. - FORMA DE COBRANÇA**

A CONTRATADA adotará a forma de cobrança bancária ou a que melhor se adequar ao momento.

**16.4. - PAGAMENTO EM ATRASO**

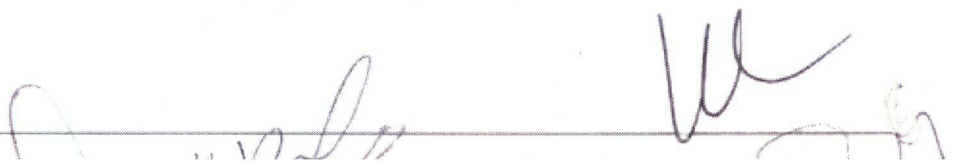
O não pagamento da fatura na data do vencimento, implicará na cobrança de multa moratória de 2% (dois por cento) acrescida de juros legais.

**16.5. - DA SUSPENSÃO OU DENUNCIA UNILATERAL DO CONTRATO.**

16.5.1.- O atraso no pagamento das mensalidades por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, acarretará na rescisão contratual ou exclusão do cliente por inadimplência, excetuando-se os casos de fraude, quando então a rescisão será imediata.

16.5.2.- A partir do décimo dia de atraso no pagamento da mensalidade a CONTRATADA poderá suspender temporariamente todos os atendimentos prestados aos clientes vinculados às CONTRATANTES, reestabelecendo-os somente após o pagamento da referida mensalidade.

16.6. - **REAJUSTE:** Os preços ora pactuados serão reajustados anualmente, após 12 (doze) meses da data do início do Contrato, observando-se a RN 99 publicada pela Agência Nacional de Saúde em 27 de maio de 2005.



16.6.1 – Será observado também para efeitos de reajuste, a manutenção do equilíbrio econômico/financeiro, visando corrigir possíveis desequilíbrios financeiros gerados pela *utilização excessiva de serviços*, ou ainda o aumento dos custos médicos e hospitalares, em especial a Tabela de Honorários Médicos – TAMB – e Tabelas dos Hospitais de Mato Grosso.

16.6.2 – Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, nos casos previstos nos anexos I e II, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos nas tabelas constantes desses anexos, que são parte integrantes deste contrato.

### CLÁUSULA XVII - VIGÊNCIA

17.1. - A duração do presente Contrato será de 12 (doze) meses, começando a vigorar a partir de - ~~01/01/98~~, renovável automaticamente caso não haja manifestação por escrito de nenhuma das partes até o 11º (décimo primeiro mês), resguardado ainda o direito de rescisão unilateral a qualquer tempo, para ambas as partes, observadas as disposições contratuais, mediante prévio aviso de trinta dias, por escrito, e a **devolução, por parte das CONTRATANTES, dos Cartões Magnéticos e outros documentos análogos, fornecidos pela CONTRATADA.**

17.2. - Durante o prazo de aviso prévio da rescisão contratual, não será admitida inclusão de novos clientes no Contrato, mesmo os nascidos nesse período.

17.3. - A partir do último dia do aviso prévio da rescisão contratual, cessa para todos os efeitos legais, a responsabilidade da CONTRATADA pelos atendimentos, já iniciados ou não, ficando as CONTRATANTES responsável por todas as despesas havidas após essa data.

### CLÁUSULA XVIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

18.1. - Nenhuma responsabilidade caberá a CONTRATADA por danos decorrentes dos procedimentos médicos previstos neste Contrato, os quais serão de inteira responsabilidade do profissional ou da entidade hospitalar que a eles possam ter dado causa, com o que desde já anue e concordam as CONTRATANTES.

18.2. - O surgimento de novas técnicas para diagnósticos e tratamento não relacionados nas cláusulas deste Contrato não poderão se constituir em obrigação da CONTRATADA, podendo porém, ser motivo de nova transação, conforme previsão do parágrafo único, artigo 1º da resolução n.º 10 de 3 de novembro de 1.998.

18.3. - Todo e qualquer procedimento médico não previsto e/ou não coberto por este Contrato e que, porventura, venha a ser autorizado durante seu transcurso, não se constituirá em NOVAÇÃO, não servindo, portanto, de motivo para novas concessões.

18.4. - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços utilizados fora daqueles pertinentes ao Plano de Saúde em que estiver inscrito o cliente.

18.5. - É responsabilidade das CONTRATANTES notificar a CONTRATADA qualquer alteração em seus dados cadastrais, bem como, de seus clientes.

18.6. - A cobrança das determinações judiciais de autorização de serviços não cobertos por este contrato, deverão ser realizadas pela CONTRATADA, acionando as CONTRATANTES por meio judicial.

## CLÁUSULA XIX - FORO

19.1. - As CONTRATANTES elegem o foro da cidade CUIABÁ-MT para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

19.2. - E por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 3 (três) vias, sendo uma para a CONTRATADA e as demais para as partes CONTRATANTES, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Cuiabá-MT, 11 de Julho de 2005.

**CONTRATANTE - ADUFMAT**

Carlos Alberto Lima  
Diretor Geral do ADUFMAT - SEMED  
Dr. Kamila Hussein Feres  
Presidente  
Unimed

**CONTRANTE - SINTUF**

Paulo Silva Ribeiro  
Coordenador Geral do SINTUF MT

**CONTRATADA - UNIMED CUIABÁ**

Dr. João Bosco de A. Duarte  
Diretor de Mercado  
Unimed  
Cuiabá

Testemunhas:

**Prof. Paulo Speller**

CPF: 244.242.691-91

**Prof. Elias Alves de Andrade**

CPF: 132.159.215-11



**ANEXO I – TITULARES E DEPENDENTES DIRETOS**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>PLANO A ENFERMARIA</b>	<b>PLANO B APARTAMENTO</b>
<i>00 à 18 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>19 à 23 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>24 à 28 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>29 à 33 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>34 à 38 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>39 à 43 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>44 à 48 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>49 à 53 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>54 à 58 anos</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>
<i>59 anos acima</i>	<b>81,82</b>	<b>107,67</b>

**TAXAS ADMINISTRATIVAS**

<b>INCLUSÃO</b> <i>R\$ 12,00</i>	<b>ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO</b> <i>R\$ 4,00</i>
-------------------------------------	---

Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

<b>FAIXA ETÁRIA VARIÇÃO</b>	<b>PLANO A ENFERMARIA VARIÇÃO PERCENTUAL</b>	<b>PLANO B APARTAMENTO VARIÇÃO PERCENTUAL</b>
<i>Para 19 à 23 anos</i>	0%	0%
<i>Para 24 à 28 anos</i>	0%	0%
<i>Para 29 à 33 anos</i>	0%	0%
<i>Para 34 à 38 anos</i>	0%	0%
<i>Para 39 à 43 anos</i>	0%	0%
<i>Para 44 à 48 anos</i>	0%	0%
<i>Para 49 à 53 anos</i>	0%	0%
<i>Para 54 à 58 anos</i>	0%	0%
<i>Para 59 anos acima</i>	0%	0%

**CO-PARTICIPAÇÃO**

Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente - , que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CO - PARTICIPAÇÃO</b>
<i>Consultas</i>	<b>50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada</b>
<i>Exames de Rotina: Todos</i>	<b>10% por exame</b>
<i>Exames Especializados: Todos</i>	<b>5% por exame</b>
<i>Atendimentos Ambulatoriais: Todos</i>	<b>10% por procedimento</b>

## ANEXO II

### II.1 - FILHOS A PARTIR DE 25 ANOS\*

FAIXA ETÁRIA	PLANO A ENFERMARIA	PLANO B APARTAMENTO
25 À 29 ANOS	117,72	152,18
30 À 39 ANOS	129,19	167,97
40 À 49 ANOS	142,13	183,75
50 À 59 ANOS	169,39	221,09
60 À 69 ANOS	171,21	265,60
70 ANOS ACIMA	264,15	368,95
<b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b>		
<b>INCLUSÃO</b>	<b>ALTERAÇÃO / 2ª VIA DE CARTÃO</b>	
<b>R\$ 12,00</b>	<b>R\$ 4,00</b>	

\* Tabela aplicada para filhos agregados provenientes dos contratos 8174, 8175, 8176 e 8177.

Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

<b>FILHOS A PARTIR DE 25 ANOS – VARIAÇÃO PERCENTUAL</b>		
FAIXA ETÁRIA VARIAÇÃO	PLANO "A" ENFERMARIA VARIAÇÃO PERCENTUAL	PLANO "B" APARTAMENTO VARIAÇÃO PERCENTUAL
25 À 29 ANOS	43,87%	41,34%
30 À 39 ANOS	9,75%	10,37%
40 À 49 ANOS	10,00%	9,40%
50 À 59 ANOS	19,19%	20,31%
60 À 69 ANOS	20,33%	20,12%
70 ANOS ACIMA	29,57%	38,91%

### CO-PARTICIPAÇÃO

Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente - , que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas	50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada
Exames de Rotina: Todos	10% por exame
Exames Especializados: Todos	5% por exame
Atendimentos Ambulatoriais: Todos	10% por procedimento


**II.II - PAIS DEPENDENTES DIRETOS\***

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>PLANO A ENFERMARIA</i>	<i>PLANO B APARTAMENTO</i>
<i>00 À 17 ANOS</i>	<i>86,26</i>	<i>113,53</i>
<i>18 À 29 ANOS</i>	<i>94,91</i>	<i>124,11</i>
<i>30 À 39 ANOS</i>	<i>104,39</i>	<i>136,21</i>
<i>40 À 49 ANOS</i>	<i>114,82</i>	<i>149,85</i>
<i>50 À 59 ANOS</i>	<i>128,12</i>	<i>166,09</i>
<i>60 À 69 ANOS</i>	<i>153,73</i>	<i>199,86</i>
<i>70 ANOS ACIMA</i>	<i>184,47</i>	<i>239,27</i>
<b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b>		
<b>INCLUSÃO</b>	<b>ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO</b>	
<b>R\$ 12,00</b>	<b>R\$ 4,00</b>	

\* Tabela aplicada para pais dependentes diretos provenientes e cadastrados como tal nos contratos 8174, 8175, 8176 e 8177.

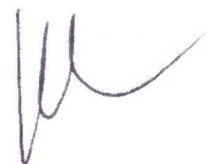
Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

<b>PAIS DEPENDENTES DIRETOS – VARIAÇÃO PERCENTUAL</b>		
<i>FAIXA ETÁRIA VARIAÇÃO</i>	<i>PLANO "A" ENFERMARIA VARIAÇÃO PERCENTUAL</i>	<i>PLANO "B" APARTAMENTO VARIAÇÃO PERCENTUAL</i>
<i>18 À 29 ANOS</i>	<i>10,01%</i>	<i>9,32%</i>
<i>30 À 39 ANOS</i>	<i>9,99%</i>	<i>9,76%</i>
<i>40 À 49 ANOS</i>	<i>10,00%</i>	<i>10,01%</i>
<i>50 À 59 ANOS</i>	<i>11,58%</i>	<i>10,85%</i>
<i>60 À 69 ANOS</i>	<i>20,00%</i>	<i>20,33%</i>
<i>70 ANOS ACIMA</i>	<i>19,99%</i>	<i>19,71%</i>

**CO-PARTICIPAÇÃO**

Alem da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente - , que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CO - PARTICIPAÇÃO</b>
<i>Consultas</i>	<b>50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada</b>
<i>Exames de Rotina: Todos</i>	<b>10% por exame</b>
<i>Exames Especializados: Todos</i>	<b>5% por exame</b>
<i>Atendimentos Ambulatoriais: Todos</i>	<b>10% por procedimento</b>



## II.III – AGREGADOS\*

<i>FAIXA ETÁRIA</i>	<i>PLANO A ENFERMARIA</i>	<i>PLANO B APARTAMENTO</i>
<i>00 A 17 ANOS</i>	<b>106,24</b>	<b>137,83</b>
<i>18 A 29 ANOS</i>	<b>117,72</b>	<b>152,18</b>
<i>30 A 39 ANOS</i>	<b>129,19</b>	<b>167,97</b>
<i>40 A 49 ANOS</i>	<b>142,13</b>	<b>183,75</b>
<i>50 A 59 ANOS</i>	<b>169,39</b>	<b>221,09</b>
<i>60 A 69 ANOS</i>	<b>171,21</b>	<b>265,60</b>
<i>70 ANOS ACIMA</i>	<b>264,15</b>	<b>368,95</b>
<b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b>		
<b>INCLUSÃO</b>	<b>ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO</b>	
<b>R\$ 12,00</b>	<b>R\$ 4,00</b>	

\* Tabela aplicada para agregados provenientes dos contratos 8174, 8175, 8176 e 8177.

Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

<b>AGREGADOS – VARIAÇÃO PERCENTUAL</b>		
<i>FAIXA ETÁRIA VARIAÇÃO</i>	<i>PLANO "A" ENFERMARIA VARIAÇÃO PERCENTUAL</i>	<i>PLANO "B" APARTAMENTO VARIAÇÃO PERCENTUAL</i>
<i>18 A 29 ANOS</i>	10,80%	10,41%
<i>30 A 39 ANOS</i>	9,75%	10,37%
<i>40 A 49 ANOS</i>	10,00%	9,40%
<i>50 A 59 ANOS</i>	19,19%	20,31%
<i>60 A 69 ANOS</i>	20,33%	20,12%
<i>70 ANOS ACIMA</i>	29,57%	38,91%

## CO-PARTICIPAÇÃO

Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente -, que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>CO - PARTICIPAÇÃO</b>
<i>Consultas</i>	<b>50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada</b>
<i>Exames de Rotina: Todos</i>	<b>10% por exame</b>
<i>Exames Especializados: Todos</i>	<b>5% por exame</b>
<i>Atendimentos Ambulatoriais: Todos</i>	<b>10% por procedimento</b>


## ANEXO III

### III.1 - FILHOS AGREGADOS A PARTIR DE 25 ANOS\*

FAIXA ETÁRIA	PLANO A ENFERMARIA	PLANO B APARTAMENTO
25 A 29 ANOS	130,92	170,01
30 A 39 ANOS	162,42	196,93
40 A 49 ANOS	179,24	232,35
50 A 59 ANOS	233,77	304,61
60 A 69 ANOS	419,11	548,56
70 ANOS ACIMA	419,11	548,56
<b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b>		
<b>INCLUSÃO</b>	<b>ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO</b>	
R\$ 12,00	R\$ 4,00	

\* Tabela aplicada para filhos agregados provenientes dos contratos 5452, 5453, 5454 e 5455.

*Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:*

<b>FILHOS A PARTIR DE 25 ANOS – VARIAÇÃO PERCENTUAL</b>		
FAIXA ETÁRIA VARIAÇÃO	PLANO "A" ENFERMARIA VARIAÇÃO PERCENTUAL	PLANO "B" APARTAMENTO VARIAÇÃO PERCENTUAL
30 A 39 ANOS	24,06%	15,84%
40 A 49 ANOS	10,36%	17,99%
50 A 59 ANOS	30,43%	31,10%
60 A 69 ANOS	79,28%	80,09%
70 ANOS ACIMA	0%	0%

### CO-PARTICIPAÇÃO

*Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente - , que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.*

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas	50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada
Exames de Rotina: Todos	10% por exame
Exames Especializados: Todos	5% por exame
Atendimentos Ambulatoriais: Todos	10% por procedimento



## III.II – AGREGADOS\*

FAIXA ETÁRIA	PLANO A ENFERMARIA	PLANO B APARTAMENTO
00 À 17 ANOS	109,08	141,68
18 À 29 ANOS	130,92	170,01
30 À 39 ANOS	151,18	196,93
40 À 49 ANOS	179,24	232,35
50 À 59 ANOS	233,77	304,61
60 À 69 ANOS	419,11	548,56
70 ANOS ACIMA	419,11	548,56
<b>TAXAS ADMINISTRATIVAS</b>		
INCLUSÃO	ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO	
R\$ 12,00	R\$ 4,00	

\* Tabela aplicada para agregados provenientes dos contratos 5452, 5453, 5454 e 5455.

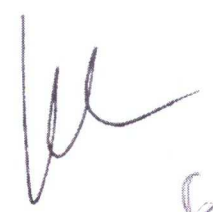
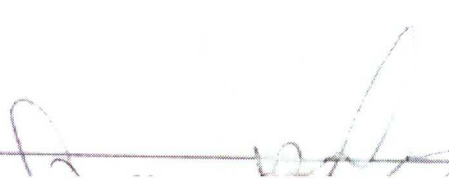
*Havendo a mudança da faixa etária do cliente inscrito no presente contrato, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, conforme percentuais estabelecidos na tabela abaixo:*

<b>AGREGADOS – VARIÇÃO PERCENTUAL</b>		
FAIXA ETÁRIA VARIÇÃO	PLANO "A" ENFERMARIA VARIÇÃO PERCENTUAL	PLANO "B" APARTAMENTO VARIÇÃO PERCENTUAL
18 À 29 ANOS	20,03%	19,99%
30 À 39 ANOS	24,06%	15,84%
40 À 49 ANOS	10,36%	17,99%
50 À 59 ANOS	30,43%	31,10%
60 À 69 ANOS	79,28%	80,09%
70 ANOS ACIMA	0%	0%

## CO-PARTICIPAÇÃO

*Além da mensalidade, o cliente ao necessitar de atendimento, deverá contribuir - pagar - para a CONTRATADA, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado - levando em consideração a tabela de honorários médicos vigente - , que serão cobrados em fatura posterior com a discriminação dos clientes - código de cadastro - utilizadores dos serviços.*

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas	50% por consulta a partir da 4ª consulta utilizada
Exames de Rotina: Todos	10% por exame
Exames Especializados: Todos	5% por exame
Atendimentos Ambulatoriais: Todos	10% por procedimento

**Anexo IV****Calendário de Movimentação para o Ano 2005**

Abaixo está determinado o calendário de movimentação para o ano de 2005. As fichas cadastrais para inclusão, exclusão e alteração contratual deverão ser entregues impreterivelmente até a data limite de cada mês, caso seja ultrapassado o prazo determinado, as mesmas serão acatadas somente para a movimentação do mês subsequente.

2005 - MESES	DATA LIMITE DE MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL
Janeiro	13 (Quinta-feira)
Fevereiro	14 (Segunda-feira)
Março	14 (segunda-feira)
Abril	13 (quarta-feira)
Maiο	13 (sexta-feira)
Junho	14 (terça-feira)
Julho	15 (sexta-feira)
Agosto	12 (sexta-feira)
Setembro	13 (terça-feira)
Outubro	13 (quinta-feira)
Novembro	11 (sexta-feira)
Dezembro	06 (terça-feira)

