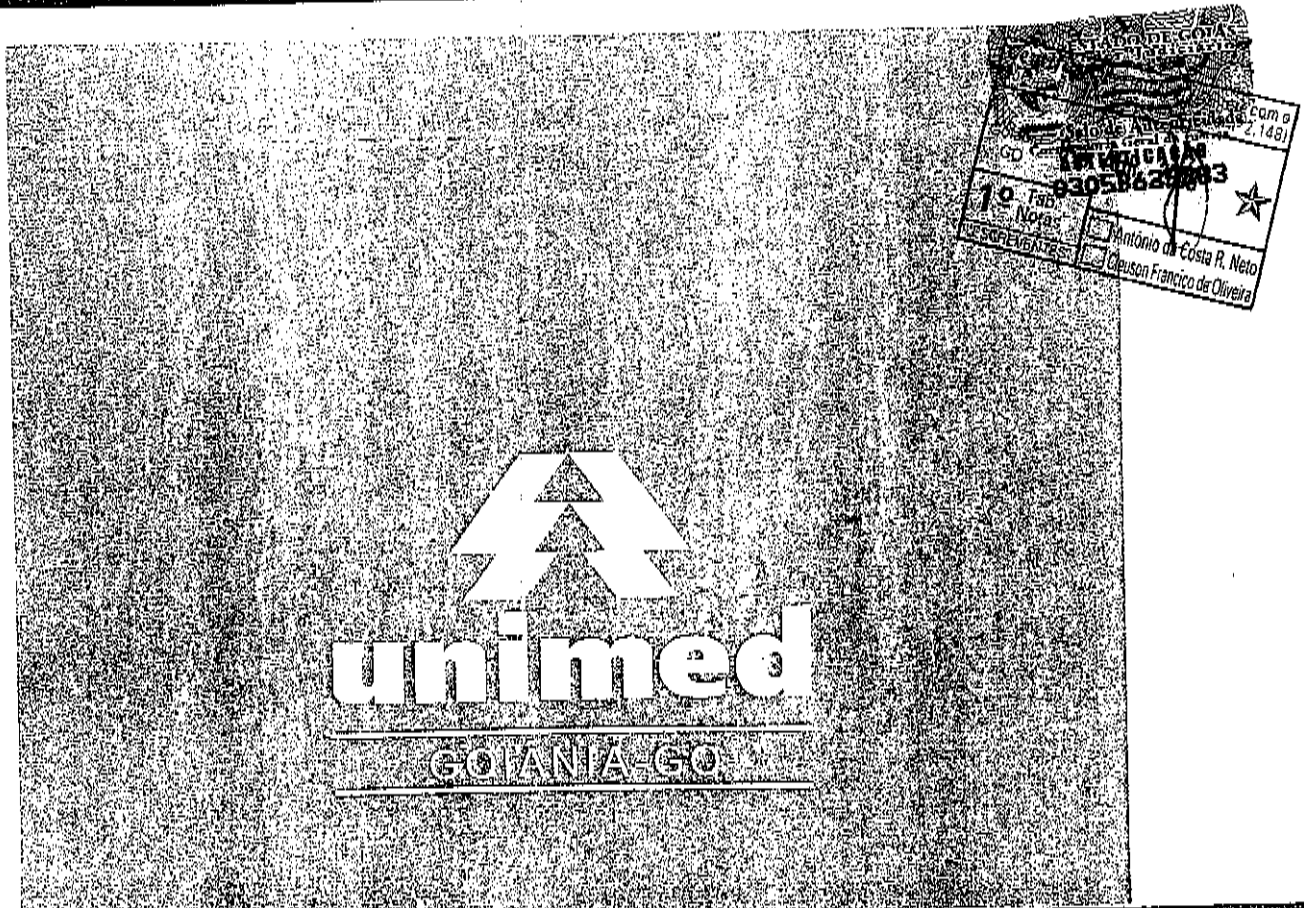


# SAÚDE EMPRESARIAL I

## Contrato de Plano de Saúde Suplementar


PLANO COLETIVO PESSOA JURÍDICA





DADOS DO CONTRATANTE	CÓDIGO		RAZÃO SOCIAL						
	CNPJ			INSCRIÇÃO ESTADUAL			REGISTRO NA JUCEG		
	ENDEREÇO						BAIRRO		
	CIDADE		U.F.	CEP		DDD	TELEFONE		RAMAL
	FAX		ENDEREÇO ELETRÔNICO						

DADOS DO CONTRATADA	RAZÃO SOCIAL									
	<b>UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</b>									
	CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		REGISTRO NA JUCEG		SUSEP P. Nº	CRM
	<b>02.476.067/0001-22</b>		<b>ISENTO</b>		<b>028546-3</b>		<b>52.40000826-5</b>		<b>32287</b>	<b>2151/92</b>
	ENDEREÇO						BAIRRO			
<b>PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/ T-1)</b>						<b>SETOR BUENO</b>				
CIDADE			U.F.	CEP		DDD	TELEFONE			
<b>GOIÂNIA</b>			<b>GO</b>	<b>74.210 - 250</b>		<b>062</b>	<b>216-8000</b>			

DADOS DO PLANO	TIPO DO PLANO CONTRATADO									
	DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA		VIGÊNCIA ( em meses)		CO-PARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA%	VALOR DO SEGURO CONTRATADO	ACOMODADO			
	/ /						<input checked="" type="checkbox"/> COLETIVA <input type="checkbox"/> PRIVATIVA			
	AUTORIZA CALCULO DO AGRAVO		COBERTURA PARCIAL TEMPORARIA/AGRAVO (em meses)		% DE PARTICIPAÇÃO DA EMPRESA NO PLANO	VALOR MÁXIMO DE CO-PARTICIPAÇÃO	Nº DE FUNCIONÁRIOS NA EMPRESA	Nº DE FUNCIONÁRIOS NA EMPRESA		
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									

Vendedor

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**1 - O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços de saúde suplementar previstos na lei 9.656 de 03 de junho de 1998, em conformidade com as resoluções do CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar e CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados – observadas as Condições Gerais, que são parte integrante do mesmo.**

**1.2 - A CONTRATADA, representando os médicos cooperados e as instituições por eles contratadas e conveniadas, obriga-se a prestar toda a assistência à saúde aos diretores e empregados do CONTRATANTE e seus respectivos dependentes e agregados. Assistência essa a ser prestada em toda área de ação da UNIMED GOIÂNIA, e nas demais cooperativas UNIMED do País, desde que em caráter de urgência e/ou emergência, respeitadas as condições contratadas.**

**1.2.1 - A área de ação da CONTRATADA compreende os seguintes municípios: GOIÂNIA, ABADIA DE GOIÁS, ANICUNS, APARECIDA DE GOIÂNIA, ARAÇÚ, AVELINÓPOLIS, BELA VISTA DE GOIÁS, BONFINÓPOLIS, BRAZABRANTES, CALDAZINHA, CAMPESTRE, CATURAI, CESARINA, GOIANIRA, GUAPÓ, HIDROLÂNDIA, INHUMAS, ITAUÇÚ, LEOPOLDO DE BULHÕES, NAZÁRIO, NERÓPOLIS, NOVA VENEZA, PETROLINA DE GOIÁS, SANTA BÁRBARA DE GOIÁS, SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS, SENADOR CANEDO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS, TRINDADE E VARJÃO.**

**1.3 - O PLANO EMPRESARIAL UNIMED GOIÂNIA é um plano de saúde suplementar coletivo, composto pelos seguintes segmentos: atendimento ambulatorial, internação hospitalar e atendimento obstétrico, conforme previsto na lei 9.656/98, cuja cobertura e atenção suplementar a saúde é exclusiva à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica.**



CLÁUSULA DE CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA

2.1 - A participação é automática a partir da data da contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o item anterior (1.3).

2.2 - A opção de contratação dos planos AMBULATORIAL e/ou HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, será para todo o contingente populacional da PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE.

2.3 - No Plano Empresarial, não será exigido o cumprimento de carências para quaisquer procedimentos cobertos.

3.1 - Para cada usuário será cobrado mensalmente valor definido conforme a faixa de idade que se encontre ou venha a atingir no decorrer do contrato e a opção de acomodação contratada, observando-se o disposto no contrato e nas condições gerais.

### 3.2 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

3.2.1- As faixas etárias para cálculo e definição dos valores das contraprestações pecuniárias deste plano, são as seguintes:

FAIXAS	FAIXA I	FAIXA II	FAIXA III	FAIXA IV	FAIXA V	FAIXA VI	FAIXA VII
Idade em anos	0 a 17	18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	≥ 70
Acomodação Coletiva							
Acomodação Privativa							

3.2.2 - Ocorrendo mudança de faixa etária definida no item acima, em razão do aniversário do usuário titular e/ou dependente e/ou agregado, ensejará alteração e majoração da contraprestação pecuniária, passando para a faixa imediatamente a seguir, sendo que o percentual de variação nas faixas etárias é o que segue:

- a) Da FAIXA I para a FAIXA II = 18 % (dezoito por cento);
- b) Da FAIXA II para a FAIXA III = 12 % (doze por cento);
- c) Da FAIXA III para a FAIXA IV = 25 % (vinte e cinco por cento);
- d) Da FAIXA IV para a FAIXA V = 15 % (quinze por cento);
- e) Da FAIXA V para a FAIXA VI = 40 % (quarenta por cento);
- f) Da FAIXA VI para a FAIXA VII = 00 % (zero por cento).



4.1 - O presente contrato TEM sua vigência inicial na data de sua assinatura, pelo CONTRATANTE, sendo esta a mesma data a ser considerada para o pagamento das faturas mensais.

4.1.1 - O prazo inicial da vigência do mesmo é de no mínimo 12 (doze) meses, prorrogando-se por prazo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes.

4.2 - O período de vigência será definido neste contrato, quando da assinatura do mesmo, observado o prazo mínimo estabelecido no item anterior.

5.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de cancelamento quando de dolo ou fraude comprovada.

5.2 - Na vigência por prazo indeterminado, o CONTRATANTE poderá cancelar este contrato, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência.

5.2.1 - O CONTRATANTE poderá ainda requerer o cancelamento dentro do prazo de vigência inicial de 12 (doze) meses, desde que esteja em dia com as suas obrigações financeiras advindas deste contrato, e acate o pagamento do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato.

5.2.2 - A inadimplência superior a 30 (trinta) dias, poderá provocar o cancelamento deste contrato, após a notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora e acarretando a suspensão total dos atendimentos.



CLAUSULA VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E DO FORO

6.1 - O presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obriguem.

6.2 - Fica definido como foro o município sede do CONTRATANTE, dispensando a CONTRATADA qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

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

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas: Nome:

Nome:

C.P.F.:

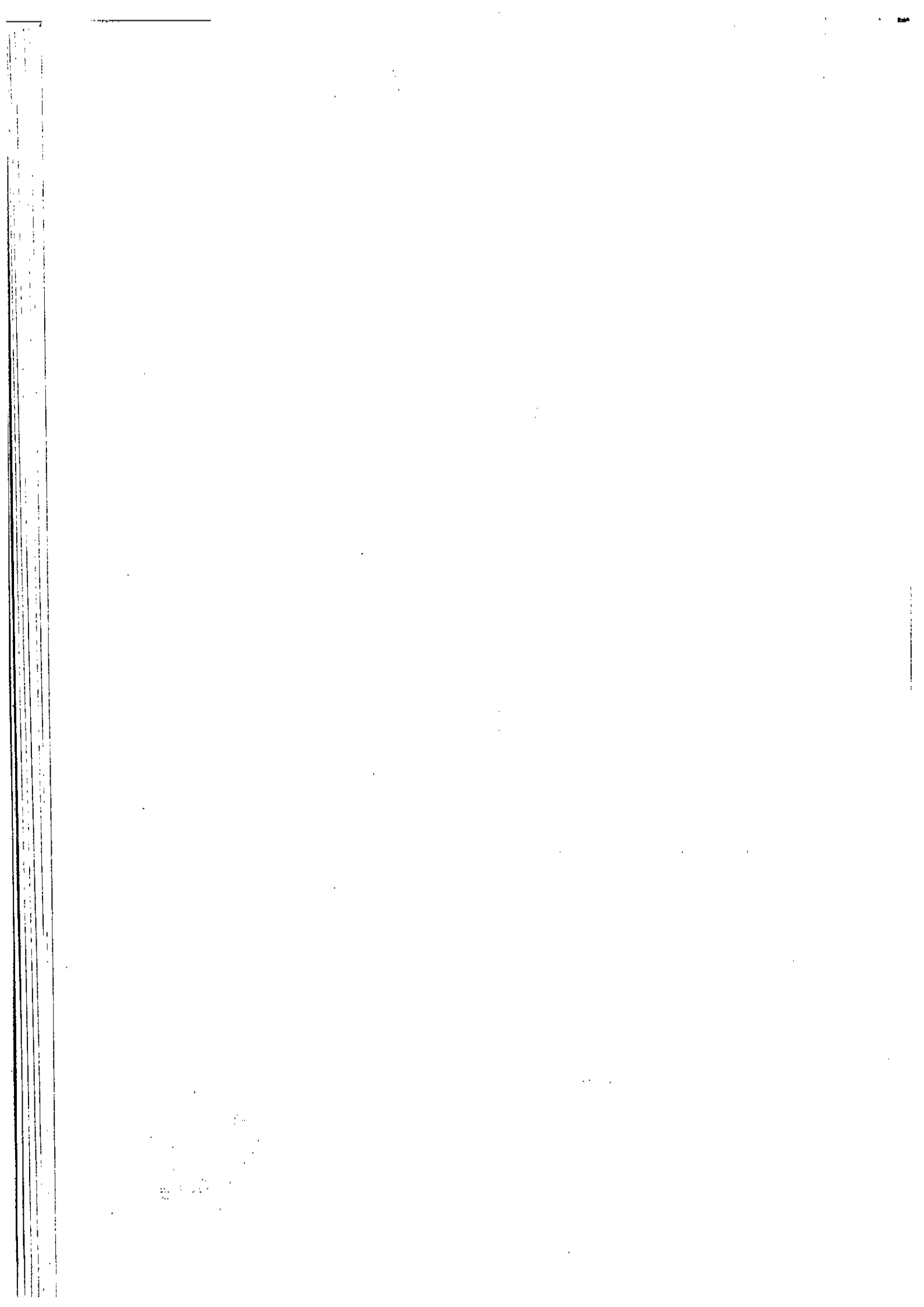
C.P.F.:











# CADASTRO FINANCEIRO-PESSOA JURÍDICA

## IDENTIFICAÇÃO

Razão Social

Nome de Fantasia Nome do Grupo Econômico

Endereço

Bairro Cidade U.F.

CEP e-mail

Telefone (DDD/Nº/Ramal) FAX (DDD Número) Data Constituição Nº Último Reg.

Data Valor do Capital Social Valor do Capital Realizado

Capital Aberto Controle Acionário

SIM  NÃO  NACIONAL  ESTRANGEIRO  ESTATAL

Praças com filiais



## ATIVIDADE

Ramo de Atividade Nº Empregados Importa % Sobre Compras Exporta % Sobre Vendas

SIM  NÃO  SIM  NÃO

Principais Produtos Vendidos % sobre vendas

Principais Produtos Vendidos % sobre vendas

Principais Produtos Vendidos % sobre vendas

## ACIONISTAS/SÓCIOS/TITULAR

	NOME	CNPJ/CPF	NACION.	DATA DE ENTRADA (MÊS/ANO)	AÇÕES COM DIREITO A VOTO(S.A) OU COTAS(LTDA)	
					QUANTIDADE	% SOBRE CAPITAL VOTANTE
1						
2						
3						
4						

## DIRETORES/SÓCIOS-GERENTES

	NOME	CPF	CARGO	TEMPO NO CARGO	MANDATO ATUAL DATA DA ELEIÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
1						
2						
3						
4						

## BENS IMÓVEIS DA EMPRESA

1	Espécie	Endereço	Município	U.F.	Área do Terreno
		Área Construída	Valor Atual de Mercado	Nº do Registro	Nº Cartório
2	Espécie	Endereço	Município	U.F.	Área do Terreno
		Área Construída	Valor Atual de Mercado	Nº do Registro	Nº Cartório

## PARTICIPAÇÕES DA EMPRESA EM OUTRAS EMPRESAS

EMPRESA EM QUE PARTICIPA	CNPJ	LOCAL DA SEDE	CAPITAL SOCIAL	%

**ATIVIDADES ANTERIORES DOS DIRETORES/ SÓCIOS OU TITULAR**

PARTICIPANTE	EMPRESA EM QUE PARTICIPOU	CNPJ	CARGO	PERÍODO	
				DE	ATÉ

SEGUROS CONTRATADOS			
SEGURADORA	MODALIDADE DO SEGURO	VALOR DA COBERTURA	VENCIMENTO

REFERÊNCIAS COMERCIAIS			
PRINCIPAIS FORNECEDORES	%	ENDEREÇO	TELEFONE

PRINCIPAIS FORNECEDORES	%	ENDEREÇO	TELEFONE

**REFERÊNCIAS DE INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS (INDICAR AS INSTITUIÇÕES ONDE MANTÉM OU MANTEVE OPERAÇÕES DE CRÉDITO)**

INSTITUIÇÃO	AGÊNCIA	TIPO DE OPERAÇÃO	VENCIMENTO

A empresa possui escrituração contábil?  Sim  Não

A empresa optou pela tributação do imposto de renda com base no:  Lucro Real  Lucro Presumindo

A empresa é isenta de imposto de renda?  Sim  Não

**CONTATO(S) PARA ESCLARECIMENTOS DE BALANÇO/CADASTRO**

NOME(S)	TELEFONE(S)

Via Unimed

20.313-1



## ÍNDICE

• CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES.....	3
• CLÁUSULA II - DOS PARTICIPANTES DO CONTRATO COLETIVO.....	7
• 2.1 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 PARTICIPANTES.....	7
• 2.2 - DOS PLANOS COM 50 PARTICIPANTES OU MAIS.....	8
• CLÁUSULA III - DOS USUÁRIOS.....	8
• 3.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS.....	8
• 3.3 - DA MÓVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS.....	9
• CLÁUSULA IV - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO ...	10
• CLÁUSULA V - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....	11
• CLÁUSULA VI - DAS COBERTURAS.....	12
• 6.2 - PLANO AMBULATORIAL.....	12
• 6.3 - PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	13
• 6.3.4 - DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR.....	15
• CLÁUSULA VII - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS.....	16
• 7.1 - EXCLUSÕES COMUM À TODOS OS PLANOS.....	16
• 7.2 - EXCLUSÕES DO PLANO AMBULATORIAL.....	17
• 7.3 - EXCLUSÕES DO PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.....	17
• CLÁUSULA VIII - DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS.....	18
• CLÁUSULA IX - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
• CLÁUSULA X - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES.....	18





# CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

## PLANO EMPRESARIAL

A UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica do direito privado com sede à Pça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.476.067/0001-22, no CRM sob n.º 2151/ e na SUSEP sob n.º P. 38287, aqui denominada CONTRATADA, tem por objeto a prestação de serviços de saúde suplementar conforme enumeradas nestas Condições Gerais, que se encontra registrado no 2º Tabelionato de Protestos e Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos de Goiânia, sob o número 310633 em 04 de março de 1.999.

### • CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES

1.1 - Para os efeitos de direitos e deveres advindos do contrato e plano de saúde, são adotadas as seguintes definições:

**CONDIÇÕES GERAIS:** conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do associado de um mesmo plano de assistência à saúde.

**CONTRATADA:** A UNIMED GOIÂNIA, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

**CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados.

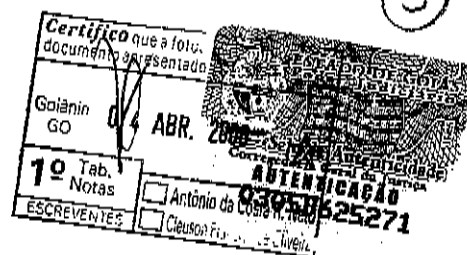
**CONTRATO:** é o documento validado pelas partes contratantes e que expressa a constituição jurídica das mesmas, onde consta a opção contratada pela empresa CONTRATANTE, firmando as condições gerais apresentadas.

1.2 - Também são assim definidos:

**ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

**ACIDENTE DE TRABALHO:** é qualquer intercorrência que aconteça com o usuário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do usuário em suas atividades profissionais.

**AGRAVO:** qualquer acréscimo em percentual ou múltiplo no valor da mensalidade paga ao plano de saúde.



**AMBULATORIO:** estrutura onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos usuários.

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós anestésica, UTI, CEIN ou similares.

**ATENDIMENTO HOSPITALAR:** É o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação, ressalvado o disposto em regulamentação do Ministério da Saúde e explicitado neste contato.

**BENEFICIÁRIO:** a pessoa designada a obter o benefício contratado.

**CÁLCULO ATUARIAL:** Para elaboração do chamado cálculo atuarial, são considerados os eventos, a sua frequência, a faixa etária, a distribuição por sexo, a expectativa de vida da população, utilizando tábuas biométricas, dados estatísticos recentes com as suas variações aleatórias; os custos dos serviços, os encargos incidentes, as tabelas de remuneração e as margens de segurança.

**CARÊNCIA:** o prazo ininterrupto, contado a partir do início da vigência do contrato, durante o qual o usuário não tem direito às coberturas contratadas.

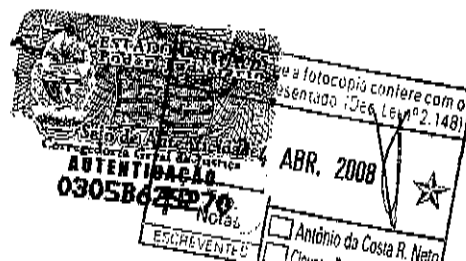
**CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação, etc.). Para toda utilização dos serviços e coberturas contratadas é exigida sua apresentação acompanhada de outro documento de identificação civil.

**CO-PARTICIPAÇÃO:** valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas por serviços prestados aos usuários, ao qual o CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA, na autorização dos serviços ou contra apresentação.

**COBERTURAS:** compreendem o denominado Rol de Procedimentos, definidos em cláusulas contratadas, a que os usuários têm direito ao atendimento e aos serviços.

**COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos e em que a condição da assistência em atendimento ambulatorial é garantida para urgência e emergência.

**CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições de saúde da pessoa. Compreende ato médico completo, incluindo retorno, avaliação de exames complementares e tratamento.





**CUSTO OPERACIONAL:** denominação genérica do pagamento realizado dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência.

**DOENÇA:** falta ou perturbação da saúde; moléstia, mal, enfermidade, que leva o indivíduo a tratamento médico.

**DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, podendo ser reversível com o tratamento.

**DOENÇA CONGÊNITA:** são anomalias anatômicas ou funcionais, genéticas ou não, presentes quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

**DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indireta por suas conseqüências, de que o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela que teve origem em ambiente e em função do trabalho.

**ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

**EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário, caracterizado em declaração do médico assistente.

**EVENTO:** É todo dano à saúde, por processo mórbido ou em decorrência de acidente de qualquer natureza. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva.

**EXAME COMPLEMENTAR:** é o procedimento solicitado pelo médico assistente que possibilita uma investigação e elucidação de diagnóstico, ou para melhor avaliar as condições clínicas durante e após o tratamento.

**GARANTIA FUNERAL:** seguro adicional, expresso em apólice assinada entre a Operadora UNIMED GOIÂNIA e a UNIMED SEGURADORA garantindo despesas de funeral até a importância definida na mesma apólice, para o titular e/ou dependentes e agregados.

**GRUPO FAMILIAR:** compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar, ou seja, o titular, seus dependentes e agregados.

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** dá-se quando o usuário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

**MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, numa das cooperativa de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

5

Certifico que a fotocópia contém documento original Antado. (Dec. Lei)

Goiânia GO 04 ABR. 2008

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Antônio da Costa R. Neto

Cleuson Franco de Oliveira

ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
REGISTRO DE ENFERMEIROS  
Pelo da Autenticidade  
Registadora Geral de Justiça  
AUTENTICAÇÃO  
0305B625269

**MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas assumidas no contrato e previstas nestas condições gerais. Equivale à contraprestação pecuniária.

**ÓRTESE:** Acessório auxiliar de função ou membro, por vezes usados em procedimentos cirúrgicos.

**PATOLOGIA:** estudo das modificações estruturais e/ou funcionais produzidas pela doença no organismo.

**PARTICIPANTE:** o titular que inscrito no plano de saúde pode incluir outros beneficiários seus familiares definidos no contrato.

**PLANO:** Conjunto de garantias e condições cobertas referentes aos atendimentos à saúde mediante contrato firmado entre Operadora e o CONTRATANTE.

**PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

**PROCEDIMENTO:** Ato ou efeito de proceder. Para fins e efeitos do plano contratado, trata-se de formas ou meios de atendimento para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do usuário, quando da ocorrência de evento mórbido.

**PRÓTESES:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

**ROL DE PROCEDIMENTOS:** relação de atos médicos para atendimento e tratamento das pessoas, contidos e elencados nos anexos à resolução n.º 10, de 03 de novembro de 1998, do CONSU.

**SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, além da rede própria da Cooperativa e dos médicos cooperados.

**SISTEMA NACIONAL UNIMED:** o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, vinculadas através de contrato particular, para a prestação de serviços aos usuários.

**UNIMED:** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

**TABELA DE REFERÊNCIA:** valores indicados para todos os atos médicos ou procedimentos contidos no rol de procedimentos.

**URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal voluntário ou não, bem como de complicação no processo gestacional.



**VIGÊNCIA INICIAL:** é o período a ser considerado a partir da data da assinatura do contrato e que determina a vigência contratual, cujo **prazo mínimo** é de 12 (doze) meses.

**VIGÊNCIA POR PRAZO INDETERMINADO:** é o período posterior ao da vigência inicial.

1.3 - Por convenção, adotou-se nestas condições gerais o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) usuários(as).

• **CLÁUSULA II - DOS PARTICIPANTES DO CONTRATO COLETIVO**

• **2.1 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 PARTICIPANTES**

2.1.1 - Nos contratos coletivos com um número de inscrições menor do que 50 (cinquenta) participantes, haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes para os contratos, porém não será exigido o cumprimento de carências.

2.1.1.1 - Os participantes deste, se comprometem ao preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde.

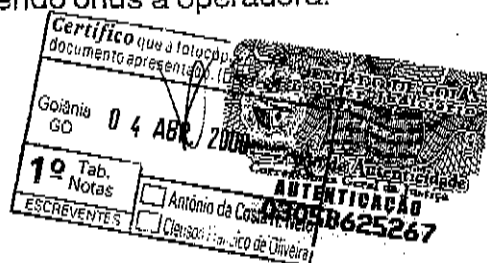
2.1.2 - A DECLARAÇÃO DE SAÚDE consiste em informações sobre a condição de saúde obtidas em uma entrevista qualificada na presença de médico disponibilizado para tal fim ou constante da lista de cooperados, devendo o usuário titular declarar todas as doenças do seu conhecimento prévio, em relação a ele próprio e a todos os integrantes de seu grupo familiar.

2.1.3 - O médico atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

2.1.4 - A critério exclusivo da CONTRATADA, esta poderá prescindir da Declaração de Saúde ou após a análise dessa, exigir exame médico e ou complementares prévios à admissão (EXAME PRÉ ADMISIONAL), para confirmação ou exclusão de doenças preexistentes.

2.1.5 - As lesões ou doenças preexistentes terão **cobertura parcial temporária** por até 24 (vinte e quatro) meses da data de assinatura do contrato. Findo esse prazo a cobertura passará a ser integral.

2.1.6 - Quando caracterizadas como **urgência ou emergência**, as lesões ou doenças preexistentes terão cobertura nas primeiras 12 (doze) horas do atendimento; a partir deste prazo e havendo a necessidade de continuidade do tratamento, a responsabilidade financeira passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.



2.1.7 - Quando da contratação dos serviços, o CONTRATANTE poderá fazer opção, ou não, pela cobertura integral para as doenças ou lesões preexistentes, desde que acate o **AGRAVO** nos valores das contraprestações do(s) usuário(s).

2.1.8 - O índice de AGRAVO será previamente informado ao CONTRATANTE, por correspondência com aviso de recepção (AR) ou outra forma de registro ou conhecimento, do cálculo do índice do AGRAVO, dentro do prazo de 30 (trinta) dias.

2.1.9 - O CONTRATANTE deverá fazer a opção pelo AGRAVO até o 30º (trigésimo) dia da comunicação pela CONTRATADA.

2.1.10 - No decorrer do prazo da comunicação do índice de AGRAVO e sua efetiva aceitação, será garantida ao CONTRATANTE exclusivamente a cobertura parcial temporária.

2.1.11 - Feita a opção pelo **AGRAVO**, o CONTRATANTE se compromete ao cumprimento das obrigações financeiras decorrentes, por período determinado no contrato, o qual se iniciará a partir da assinatura do contrato.

#### • 2.2 - DOS PLANOS COM 50 PARTICIPANTES OU MAIS

2.2.1 - Nos contratos coletivos com um número de inscrições igual ou maior do que 50 (cinquenta) participantes, não haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes para os contratos, nem será exigido o cumprimento de carências.

#### • CLÁUSULA III - DOS USUÁRIOS

3.1 - São considerados usuários para fins da prestação dos serviços contratados, o participante como usuário titular e as pessoas por ele designadas como seus dependentes e agregados;

#### • 3.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS

3.2.1 - São **DEPENDENTES** do titular, para fins e efeitos do(s) plano(s) contratado(s):

- Seu cônjuge, ou companheiro assim reconhecido legalmente, ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;
- Filhos solteiros e os indicados nos incisos II e III, artigo 5º do Código Civil ("Os loucos de todo gênero. Os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade");
- Enteados solteiros do titular, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- Menor sob guarda ou tutela judicial do titular.

3.2.2 - São **AGREGADOS** do titular, para fins e efeitos do(s) plano(s) contratado(s):

- pai / mãe;
- sogra / sogra.



### • 3.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS

3.3.1 - O número inicial de usuários (titular, dependentes e agregados) constará da relação de usuários fornecida pelo CONTRATANTE por meio magnético, através de disquete, ou através de planilhas fornecidas pela CONTRATADA, com nome e qualificação completa de cada um deles, mediante documentos oficialmente instituídos.

3.3.2 - **O CONTRATANTE** exibirá os documentos de comprovação da qualidade de dependentes e agregados de seus empregados.

3.3.3 - Os usuários inscritos no(s) plano(s) contratado(s) farão jus aos serviços contratados a partir da assinatura do contrato, respeitadas as condições gerais e contratuais.

3.3.3.1 - Os usuários regularmente inscritos receberão um cartão magnético de identificação próprio, após a movimentação cadastral.

**3.3.4 - Serão asseguradas inclusões posteriores à assinatura do contrato EXCLUSIVAMENTE para:**

**3.3.4.1 - o recém-nascido**, filho natural ou adotivo do usuário titular, contanto que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do nascimento.

**3.3.4.2 - o filho adotivo**, menor de doze anos, desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data da adoção.

**3.3.4.3 - o cônjuge recém-casado** do usuário titular, desde que inscrito no prazo de 30 (trinta) dias e seja efetuado o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do casamento.

**3.3.4.3.1 - o sogro e a sogra do usuário titular recém-casado**, desde que inscrito no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do casamento.

**3.3.4.4 - os novos dirigentes, sócios ou empregados** nas mesmas condições dos participantes inscritos inicialmente no(s) plano(s) contratado(s), desde que haja comunicação formal neste sentido, em até 90 (noventa) dias, contados da data que tenha gerado o direito de inclusão, **observado o período para a movimentação cadastral.**

3.3.5 - Nos contratos contributivos, a **EXCLUSÃO** de usuário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória e tolerada nos casos de demissão do empregado participante, respeitado o direito de continuidade nos prazos definidos na lei, e de transferência do empregado para outra localidade diferente daquelas contidas na área de abrangência deste contrato.

3.3.6 - Toda exclusão de usuários deverá ser comunicada à **CONTRATADA**, através de meio magnético ou em impresso próprio fornecido pela mesma, obedecendo o prazo de



movimentação cadastral, obrigatoriamente acompanhado do cartão magnético de identificação, ou termo de responsabilidade assinado pelo CONTRATANTE.

3.3.6.1 - O prazo determinado para a movimentação cadastral compreende o período que antecede a data de pagamento da mensalidade, **tendo como limite o 15º (décimo quinto) dia antecedente à referida data.**

3.3.7 - Não poderá ser inscrito no(s) plano(s) contratado(s), o empregado, sócio ou diretor do CONTRATANTE que na data da assinatura do contrato, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até à alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

3.3.8 - O usuário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do plano contratado, ressalvados os direitos da lei.

3.3.9 - A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição dos respectivos dependentes, bem como dos agregados, quando houver.

#### • **CLÁUSULA IV - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO**

4.1 - Ao empregado participante do plano contratado e demitido sem justa causa, é assegurada sua condição de usuário neste plano, nas mesmas condições de que gozava enquanto empregado do CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento da sua mensalidade e o resultado das negociações efetivadas entre as partes contratantes.

4.1.1 - Por determinação legal, o período de manutenção da condição de usuário, será de um terço do tempo de permanência no plano, ou qualquer outro da UNIMED GOIÂNIA, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

4.2 - É assegurado ao participante usuário titular que se aposentar na vigência do plano contratado e que tenha prazo mínimo de 10 anos ininterruptos de contribuição em plano de saúde, o direito de manutenção da condição de usuário que gozava enquanto empregado do CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e o resultado das negociações efetivadas entre as partes contratantes.

4.3 - Ao participante que se aposentar e que sua contribuição para plano de saúde tenha sido inferior ao prazo de 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de 1(um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo e o resultado das negociações efetivadas entre as partes contratantes.



4.4 - A manutenção dos benefícios de que trata os itens anteriores desta cláusula, é extensiva a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho do usuário titular, desde que haja manutenção do contrato entre empresa e operadora UNIMED GOIÂNIA.

4.5 - Em caso de morte do titular, ex-empregado do CONTRATANTE, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos por este plano, nos termos desta cláusula.

4.6 - Perderá o direito previsto nesta cláusula, o usuário titular, ex-empregado do CONTRATANTE, que for admitido em novo emprego.

4.7 - O direito que confere a lei, cessa no momento que por qualquer razão cesse o contrato entre as partes.

4.8 - O titular, ex-empregado do CONTRATANTE, que não participar financeiramente do plano durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura estabelecida nesta cláusula.

4.9 - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

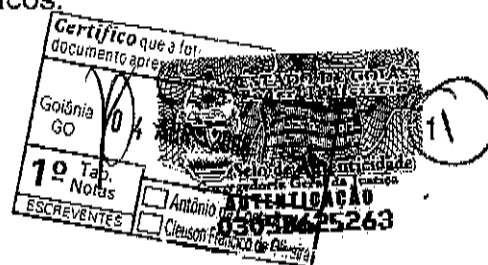
#### • CLÁUSULA V - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

5.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, e a cada titular, no ato da assinatura do contrato, GUIA DE SERVIÇOS UNIMED GOIÂNIA, contendo a relação dos médicos cooperados, com indicação das especialidades, endereços de seus consultórios e horários de atendimento, relação das entidades hospitalares, clínicas de diagnósticos e tratamento contratados e serviços próprios e relação com os endereços das sedes das demais Cooperativas UNIMED do país.

5.2 - Para os procedimentos ou eventos que não sejam a consulta médica, será sempre exigida a solicitação **com a indicação clínica do exame**, emitida e assinada pelo médico cooperado assistente que realizou a consulta e/ou se responsabiliza pelo procedimento a executar. Estas solicitações serão todas em formulários próprios da UNIMED GOIÂNIA.

5.3 - Todo atendimento na rede UNIMED será feito mediante a apresentação do cartão magnético de identificação do usuário, emitido pela CONTRATADA, acompanhado do documento de identidade civil do usuário ou de seu responsável.

5.4 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED GOIÂNIA, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.



5.4.1 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responderá deverá apresentar à UNIMED GOIÂNIA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente.

5.4.2 - A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

5.4.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso à acomodação superior disponível no momento, independente do tipo daquela contratada, retornando à de seu direito logo que fique disponível.

5.5 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

5.5.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento do titular.

5.6 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar o fato imediatamente à CONTRATADA por telefone, para fins de cancelamento, e para a emissão de segunda via solicitar através de planilha ou disquete.

**5.7 - Terão prioridade na marcação de consultas, exames e demais procedimentos cobertos pelo plano contratado, os seguintes usuários:**

- a) os idosos, com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade;
- b) as gestantes e lactantes;
- c) crianças com até 5 (cinco) anos de idade.

• **CLÁUSULA VI - DAS COBERTURAS**

6.1 - As opções de coberturas estão especificadas nas segmentações abaixo relacionadas, podendo ser contratadas isoladas ou conjuntamente pelo CONTRATANTE.

• **6.2 - PLANO AMBULATORIAL**

6.2.1 - O PLANO AMBULATORIAL compreende **EXCLUSIVAMENTE** os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, quando da necessidade de utilização dos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos Ambulatorial, anexo à Resolução Nº 10 editada pelo CONSU, **não incluindo internação hospitalar.**

6.2.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste plano, a seguinte cobertura:





- a) atendimentos de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;
- b) atendimento de emergência em casos psiquiátricos, nas situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);
- c) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- d) consultas médicas, inclusive de acompanhamento pré-natal, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- f) hemoterapia ambulatorial;
- g) psicoterapia de crise, atendimento intensivo por um ou mais profissionais da área de saúde mental, **com duração de 12 (doze) semanas e até um total de 12 (doze) sessões por ano de contrato;**
- h) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar e não se caracterize como internação hospitalar;
- i) quimioterapia ambulatorial;
- j) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.)
- k) remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica do contrato - Área de ação da UNIMED GOIÂNIA;
- l) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;

### • 6.3 - PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

6.3.1 - O PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA compreende **EXCLUSIVAMENTE** os atendimentos em unidade hospitalar definidos e listados no Rol de Procedimentos, **não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação.**

6.3.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários **quando em regime de internação e regularmente inscritos neste plano**, a seguinte cobertura:

- a) assistência nas doenças infecto-contagiosas;
- b) assistência ao parto normal ou cesárea;
- c) assistência médica e hospitalar durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, aos recém-nascidos cujo parto tenha sido coberto pela UNIMED GOIÂNIA;
- d) procedimentos relativos ao pré-natal;



- e) assistência nos abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
- f) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.
- g) das despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida, mediante justificativa do médico assistente.
- h) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- i) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;
- j) 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;
- k) internações em clínica psiquiátrica, para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, limitadas a no máximo 60 (sessenta) diárias;
- l) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar;
- m) internações hospitalares, clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- n) remoção do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica do contrato - Área de ação da UNIMED GOIÂNIA;
- o) toda e qualquer taxa de serviços hospitalares e de tratamento, incluindo materiais utilizados para os procedimentos previstos neste plano;
- p) transplantes de rim e córnea e as despesas com os procedimentos com estes vinculados, tais como: as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, exceto medicação de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;**
- q) os transplantes de rim e córnea provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.
- r) tratamento de QUEIMADURA. O referido procedimento só será realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste - Goiânia-GO.

6.3.3 - **Será coberto, ainda por este plano, os procedimentos abaixo relacionados considerados especiais e de continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:**



- a) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes de rim e córnea, EXCETO medicação de manutenção.
- b) embolizações e radiologia intervencionista;
- c) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- d) fisioterapia;
- e) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- f) hemoterapia;
- g) nutrição parenteral ou enteral;
- h) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- i) quimioterapia;
- j) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

• **6.3.4 - DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR**

6.3.4.1 - O CONTRATANTE poderá optar, quando da contratação do Plano Hospitalar com Obstetrícia, pelo tipo de acomodação a ser utilizada nas internações hospitalares, podendo ser a ACOMODAÇÃO COLETIVA (enfermaria) ou a ACOMODAÇÃO PRIVATIVA (apartamento Standard), conforme classificação da AHEG - Associação dos Hospitais do Estado de Goiás.

6.3.4.2 - Para o tipo de acomodação optada, serão determinados valores diferenciados na contraprestação pecuniária (mensalidade) do usuário, conforme consta na tabela integrante do contrato.

6.3.4.3 - É possível a migração do grupo familiar de um tipo de acomodação para outra, observando as seguintes condições:

1. Para utilização de acomodação privativa, o grupo familiar terá que cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação.
2. A migração para a acomodação coletiva também será possível, desde que, após a última alta hospitalar o grupo familiar tenha permanecido por outros 180 (cento e oitenta) dias contribuindo no plano privativo.

6.3.4.4 - O usuário com direito a acomodação coletiva, poderá optar por acomodação superior a que tem direito, desde que o CONTRATANTE o autorize expressamente e acate a cobrança na modalidade de custo operacional referente à diferença dos custos advindos da acomodação privativa.

6.3.4.5 - A diferença de custos, inclui valores de honorários profissionais, de diárias e serviços. Não há diferença de material e medicamentos utilizados, desde que nacionais.

6.3.4.6 - Aos usuários menores de 18 (dezoito) anos, será garantida a cobertura para as despesas com acompanhante em casos de internação hospitalar

JS

15

documento apresentado

Goiânia GO 04 ABR. 2008

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Antônio da Costa

Cleuson Francisco de Oliveira

15

15

62058625259

6.3.4.7 - As despesas do acompanhante do menor, referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno, quando da contratação do Plano Hospitalar com Obstetrícia.

6.3.4.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior, não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo menor.

• **CLÁUSULA VII - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS**

• **7.1 - EXCLUSÕES COMUM À TODOS OS PLANOS**

7.1.1 - Ficam **EXCLUÍDOS** da cobertura de qualquer um dos planos contratados, os serviços abaixo relacionados:

- a) atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- b) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- c) consultas domiciliares;
- d) fornecimento de medicamentos de manutenção no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes transplantados renais ou de córnea;
- e) fornecimento de medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- f) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- g) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- h) inseminação artificial;
- i) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- j) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, conforme portaria nº 24/94 - NR7 - do Ministério do Trabalho e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme portaria 25/94 - NR9 - MTB.
- k) transplantes, **EXCETO** para rins e córnea;
- l) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- m) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- n) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;



- o) despesas decorrentes de serviços médico hospitalares prestados por médicos não cooperados da UNIMED GOIÂNIA ou entidades não credenciadas por esta, **salvo quando da ocorrência de atendimentos de urgência ou emergência;**
- p) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato
- q) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura;
- r) Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como, técnicas de fecundação, inseminação assistida e o controle de métodos anticonceptivos;
- s) a mamoplastia, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- t) *check-up*, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo
- u) exames-médicos para piscina, ginástica e outros que não sejam por cuidados com a saúde.;

## • 7.2 - EXCLUSÕES DO PLANO AMBULATORIAL

**7.2.1 - No Plano Ambulatorial, ACRESCEM-SE ainda às EXCLUSÕES de cobertura comum à todos os planos, citadas no item 7.1 acima, os procedimentos a seguir relacionados:**

- a) Embolizações e radiologia intervencionista.
- b) Nutrição enteral e parenteral;
- c) Procedimentos diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica;
- d) Procedimentos que exijam anestesia diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- e) Quimioterapia intratecal e as que demandem internação;
- f) Radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;

## • 7.3 - EXCLUSÕES DO PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

**7.3.3 - No Plano Hospitalar Com Obstetrícia, ACRESCEM-SE ainda às EXCLUSÕES de cobertura comum à todos os planos, citadas no item 7.1 acima, os procedimentos abaixo relacionados:**

- a) tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;
- b) internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;



c) consultas ambulatoriais e domiciliares;

• **CLÁUSULA VIII - DO ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS**

8.1 - As coberturas descritas nestas condições gerais, e celebradas no contrato, são exclusivas para o limite geográfico, que determina área de ação da UNIMED GOIÂNIA, compreendendo os seguintes municípios: GOIÂNIA, ABADIA DE GOIÁS, ANICUNS, APARECIDA DE GOIÂNIA, ARAÇÚ, AVELINÓPOLIS, BELA VISTA DE GOIÁS, BONFINÓPOLIS, BRAZABRANTES, CALDAZINHA, CAMPESTRE, CATURAI, CESARINA, GOIANIRA, GUAPÓ, HIDROLÂNDIA, INHUMAS, ITAUÇÚ, LEOPOLDO DE BULHÕES, NAZÁRIO, NERÓPOLIS, NOVA VENEZA, PETROLINA DE GOIÁS E SANTA BÁRBARA DE GOIÁS, SANTO ANTÔNIO DE GOIÁS, SENADOR CANEDO, TEREZÓPOLIS DE GOIÁS, TRINDADE E VARJÃO.

• **CLÁUSULA IX - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

9.1 - Nas situações de urgência e emergência, conceituadas e definidas nestas condições gerais, é garantido o atendimento e coberturas no âmbito nacional, desde que utilizados os serviços da rede própria ou credenciada à alguma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, ou à rede da Operadora Central Unimed.

9.1.1 - **EXCLUEM-SE** da garantia de atendimento referida no item anterior, os **HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA** (hospitais de tabela própria) em que deverá ser observada a condição de reembolso.

9.2 - Quando dentro do período de **cobertura parcial temporária**, ficarão sempre garantidos os atendimentos ambulatoriais nas condições de urgência.

9.2.1 - Desde que, vencido o prazo de cobertura parcial temporária, os procedimentos de urgência, definidos na lei, terão garantida a cobertura dentro do previsto nestas condições gerais.

9.3 - Fica claro que a responsabilidade financeira, quando ultrapassada a cobertura contratual, na necessidade de internação, passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

• **CLÁUSULA X - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES**

10.1 - As mensalidades e os valores de serviços estabelecidos no contrato terão como base as tabelas abaixo relacionadas:

- a) HONORÁRIOS MÉDICOS - Tabela de Preços de Serviços UNIMED;
- b) SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA - Lista Referencial de Honorários dos Procedimentos Anestésicos - COOPANEST/GO;
- c) SERVIÇOS LABORATORIAIS - Tabela da Sociedade Goiana de Patologia Clínica (SGPC)/ Sociedade Goiana de Patologia (SGP)/Sociedade Goiana de Citologia (SGC);



- d) SERVIÇOS DE RADIOLOGIA E IMAGEM - Lista de Procedimentos do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR);
- e) AS TAXAS E DIÁRIAS HOSPITALARES serão cobradas pela Tabela da Associação dos Hospitais do Estado de Goiás (AHEG) definida em contrato com a UNIMED GOIÂNIA;
- f) Os MEDICAMENTOS terão como base de cobrança a Tabela de Brasíndice.

10.2 - As tabelas acima mencionadas, nas demais cláusulas serão referidas pela denominação: "TABELA DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES".

## • CLÁUSULA XI- DO CUSTO OPERACIONAL

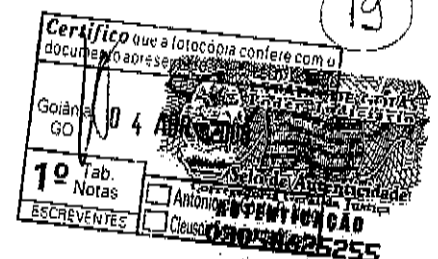
11.1 - Entende-se por Custo Operacional o pagamento integral pelo usuário dos procedimentos por ele utilizados, na conformidade das tabelas de remuneração aos cooperados e pagamento aos prestadores, quando utilizada a rede própria ou credenciada.

11.1.1 - A responsabilidade financeira do procedimento em Custo operacional será assumida pelo CONTRATANTE ou, com sua interveniência, pelo funcionário titular.

11.1.2 - Os procedimentos realizados fora da área de abrangência deste plano, serão cobrados em conformidade com as tabelas praticadas na localidade da realização dos serviços.

11.2 - É facultado ao usuário a utilização dos serviços na modalidade de Custo Operacional nos seguintes casos:

- I. para as lesões ou doenças preexistentes, durante o período da cobertura  parcial temporária, quando for o caso;
- II. nos serviços excluídos específicos do plano contratado (Ambulatorial)  ou Hospitalar com Obstetrícia);
- III. nos serviços excluídos comum a qualquer um dos planos contratados, abaixo relacionados:
  - a) atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
  - b) inseminação artificial;
  - c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
  - d) consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura;
  - e) Investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como, técnicas de fecundação, inseminação assistida e o controle de métodos anticoncepcionais;
  - f) a mamoplastia, quando a hipertrofia mamária cause dano à coluna vertebral.



11.3 - Em hipótese nenhuma farão jus à modalidade de custo operacional, os procedimentos abaixo relacionados:

- a) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- c) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- d) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

#### • CLÁUSULA XII - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA

12.1 - Os valores previstos contratualmente, foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a freqüência esperada de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico.

12.2 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades, serão reajustado anualmente considerando-se os fatores abaixo relacionados, caso alterem o equilíbrio econômico e financeiro do plano:

- a) elevação de preços dos componentes do custo;
- b) ocorrência de utilização comprovada acima da média normal esperada;
- c) acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento;

#### • 12.3 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

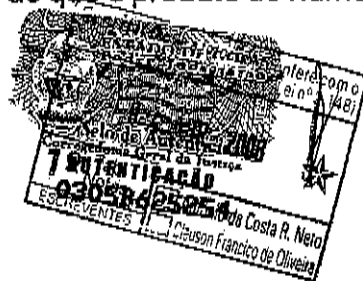
12.3.1 - Será cobrada uma co-participação definida no contrato, **em percentual**, nos valores das consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e nos procedimentos que sejam de tratamento referentes ao atendimento ambulatorial, anexo à resolução CONSU n.º 10 de 03 de novembro de 1998.

12.3.2 - Quando solicitado pelo médico assistente, procedimento complementar de diagnóstico ou acompanhamento, mesmo quando realizado em regime de hospitalização, estará sujeito a co-participação.

12.3.3 - O limite máximo da co-participação nos serviços médicos e hospitalares para este(s) plano(s), é definido no contrato.

#### • 12.4 - DO BÔNUS

12.4.1 - Após o período de 12 (doze) meses de contrato, será concedido uma bonificação para o grupo familiar (titular, dependente e agregado), cujo somatório referente à utilização da consulta médica neste período, venha a ser menor do que o produto do número de seus integrantes multiplicado por 04 (quatro) consultas.





12.4.2 - A bonificação citada no item acima, será uma dedução no valor da última mensalidade do ano contratual, e será efetuada na terceira mensalidade do ano subsequente ao aniversário do contrato, exclusivamente para os contratos em plena vigência.

## • 12.5 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

12.5.1 - O usuário (titular, dependente ou agregado) com um tempo igual ou superior a 10(dez) anos de plano ininterruptos, atual ou antecessores na UNIMED GOIÂNIA, e idade superior a 60 (sessenta) anos, não terá majoração em sua mensalidade permanecendo com seu valor "per capita" correspondente ao da idade de 60 a 69 (FAIXA VI).

12.5.2 - Todos os valores nas respectivas faixas etárias deste plano, descritas no contrato, terão atualização das mensalidades dentro dos limites dos índices autorizados para o setor.

12.5.2.1 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária são expressos em percentuais e incidirão sobre a importância da faixa etária anterior, independentemente dos reajustamentos.

12.5.3 - A data de assinatura do contrato é considerada DATA BASE para a aplicação das atualizações, revisões e alterações dos valores das contraprestações ou mensalidades ao fim de cada 12 (doze) meses, exceto quando se tratar das previstas nas faixas etárias, que se darão no mês seguinte ao do aniversário do usuário.

12.5.4 - O aumento da sinistralidade no plano, a majoração dos custos dos insumos, poderão ensejar reajustes técnicos ou financeiros por parte da CONTRATADA, sempre com aprovação e autorização pela SUSEP.

12.5.5 - Os desvios verificados na frequência esperada de utilização dos serviços ou a redução significativa da massa de participantes, poderão ensejar, a qualquer tempo, a adoção de medidas de moderação de uso ou acréscimo no índice de co-participação, desde que o equilíbrio do plano esteja comprometido, mediante acordo entre as partes.

## • 12.6 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS.

12.6.1 - O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula:  $REAJUSTE = (DESPEAS M\u00c9DICAS E/OU HOSPITALARES \times RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO \times \u00cdNDICES DE ELEVA\u00c7\u00c3O DOS CUSTOS) + (DESPEAS COM SERVI\u00c7OS AUXILIARES DE DIAGN\u00d3STICO E TERAPIA \times RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO \times \u00cdNDICES DE ELEVA\u00c7\u00c3O DOS CUSTOS) + (DESPEAS ADMINISTRATIVAS \times RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO \times \u00cdNDICES DE ELEVA\u00c7\u00c3O DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USU\u00c1RIOS).$

12.6.2 - Comp\u00f5em as despesas m\u00e9dicas e/ou hospitalares:



- a) honorários médicos, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) materiais;
- d) medicamentos.

12.6.3 - Compõem as despesas administrativas:

- a) salários; e
- b) outras despesas.

## • 12.7 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS

**12.7.1 - Juntamente com os valores das parcelas mensais das contraprestações pecuniárias do plano, serão cobrados os valores da co-participação previstos nestas condições gerais e firmados no contrato.**

**12.7.1.1 - As cobranças da co-participação serão feitas num período de até cento e vinte (120) dias quando da utilização dos serviços pelo CONTRATANTE titular, dependentes ou agregados, no âmbito da área de ação da UNIMED GOIÂNIA.**

**12.7.1.2 - Este prazo para as cobranças, quando o atendimento for realizado noutra unidade da Federação será de até 210 (duzentos e dez) dias.**

12.7.2 - Os eventuais valores relativos à co-participação e ao custo operacional, serão pagos até seus respectivos vencimentos, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

12.7.3 - A mensalidade, definida no contrato, deve ser quitada até à data do seu vencimento, **que se dará na mesma data da assinatura do contrato**, em banco ou na sede da CONTRATADA.

12.7.4 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED GOIÂNIA para que não se sujeite as conseqüências da mora.

12.7.4.1 - É obrigação do CONTRATANTE manter atualizado o seu endereço junto à CONTRATADA, para fins e efeitos destas condições gerais.

12.7.5 - Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias, da co-participação ou da utilização dos serviços na modalidade de custo operacional, constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após o cancelamento do contrato e de responsabilidade do CONTRATANTE, mesmo aquelas geradas por participantes demitidos, aposentados e/ou seus dependentes e agregados.

12.7.6 - Quando a data do vencimento da mensalidade cair em dia em que não haja expediente bancário, esta data se transferirá automaticamente para o primeiro dia útil bancário subsequente.



12.7.7 - Após o vencimento será acrescido valor de mora à razão de 0,03% ( zero vírgula zero três por cento) ao dia e havendo atraso superior a 30 (trinta) dias, além de mora, incidirá também uma multa de 2% ( dois por cento) ao mês.

### • CLÁUSULA XIII - DO REEMBOLSO

13.1 - Em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela CONTRATADA, poderá ser solicitado pelo CONTRATANTE, conforme previsto nas condições gerais, o reembolso das despesas por serviços ou atendimentos às coberturas contratadas e pagas pelo mesmo.

13.2 - Para que se cumpra o disposto no item acima descrito, faz-se necessário a apresentação da documentação comprobatória da urgência ou emergência, pois, somente terá acolhida tal pretensão quando indiscutivelmente caracterizada a urgência e emergência, dentro do conceituado na lei n.º 9.656/98 e nas resoluções CNSP e CONSU.

13.2.1 - Dos documentos deverão constar:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

13.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário.

13.4 - Os valores a serem reembolsados serão os das tabelas de remuneração e pagamentos aos prestadores, da UNIMED GOIÂNIA, sendo que primeiramente se deduzirão os montantes devidos pela co-participação financeira prevista no contrato.

13.4.1 - Quando, nas situações de urgência e emergência, o atendimento no âmbito nacional se der em **HOSPITAIS DE CATEGORIA DIFERENCIADA (hospitais com tabela própria)**, credenciados ou não no Sistema UNIMED, os custos daí provenientes serão reembolsados ao CONTRATANTE de acordo com as tabelas próprias da UNIMED GOIÂNIA, e não daquelas praticadas pelo hospital em que se deu o atendimento.

13.5 - A CONTRATADA tem o prazo de 30 (trinta) dias para concretizar o reembolso aqui definido, contados a partir da entrega da documentação e da confirmação de que estão

23

Certifico que a todos os documentos apresentados.	
Goiania GO	06 ABR. 2000
1º Tab. Notas	<input type="checkbox"/> Antônio da Costa
ESCREVENTES	<input type="checkbox"/> Cleuson Francisco de Oliveira
<b>AUTENTICAÇÃO</b> 03050625251	

suficientes e satisfatórios. O cheque ou ordem de pagamento, em nome do CONTRATANTE, ficará à disposição do mesmo dentro daquele prazo.

13.6 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

#### • CLÁUSULA XIV - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL

14.1 - Este benefício assegura a prestação do Serviço de Assistência e o pagamento ou reembolso de despesas relativas ao funeral aos usuários regularmente inscritos neste plano, de acordo com as Condições da Apólice do Seguro, em poder desta UNIMED, obedecidas as condições gerais que regem os seguros e as disposições desta cláusula.

14.2 - Somente será assegurada a cobertura desta cláusula se o usuário titular:

- a) estiver em perfeito estado de saúde, na data de sua inscrição;
- b) tiver idade inferior a 66 (sessenta e seis) anos, na data de sua inscrição;
- c) ter cumprido o prazo de permanência de 6 (seis) meses no plano, contados da data da sua inscrição.

14.3 - O capital segurado é definido no contrato, e será corrigido, anualmente, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que venha a substituí-lo.

14.4 - Caso o valor das despesas com o Serviço Funerário seja inferior ao capital segurado, a diferença será paga aos herdeiros legais do usuário titular.

14.5 - Fica preservado ao usuário titular o direito de alterar, a qualquer tempo, a relação dos beneficiários do contrato celebrado.

14.6 - Em caso de sinistro, deverão ser encaminhados à Seguradora os seguintes documentos:

14.6.1 - Do Segurado falecido:

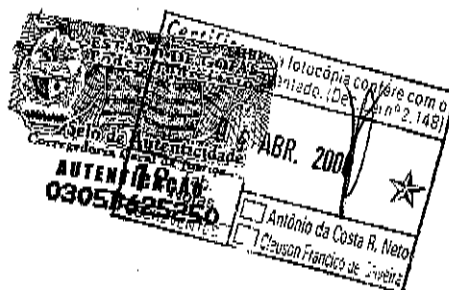
- a) aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do documento de identidade.

14.6.2 - Para morte acidental, mais os seguintes:

- a) cópia do Boletim de Ocorrência;
- b) cópia do Laudo Cadavérico;
- c) cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se houver.

14.6.3 - Do(s) beneficiário(s):

- a) cônjuge: Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito) e cópia do documento de identidade;
- b) filhos: Certidão de Nascimento;



c) pais: Certidão de Nascimento, ou de Casamento;

d) convivente: prova dessa condição;

e) incapazes: alvará judicial e, quando for o caso, termo de tutela ou curatela.

14.7 - Poderão, ainda, ser solicitados quaisquer outros documentos que se façam necessários à liquidação do sinistro.

14.8 - O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão do seguro de que trata esta cláusula, enquanto perdurar a inadimplência.

14.9 - A indenização não será devida na hipótese do usuário titular, ou seu respectivo dependente, de alguma maneira, der causa ou contribuir para a ocorrência do falecimento, bem como os eventos cujas despesas decorram, direta ou indiretamente, de:

a) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, rebelião, insurreição, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, tumulto, confisco, sublevação, greves, bem como quaisquer outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, e, ainda, atos das Forças Armadas e de Segurança em tempos de paz;

b) inundações, furacões, ciclones, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;

c) radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação pela radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e explosões nucleares;

d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

e) competições com veículos, inclusive treinos preparatórios;

f) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;

g) doenças preexistentes e conhecidas pelo usuário na época da contratação do seguro e acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro;

h) aquisição de jazigo ou carneira;

i) cremação, exceto quando disponível no local de falecimento do segurado ou de sua moradia habitual;

j) exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do segurado.

14.10 - O presente seguro será coberto pela UNIMED Seguradora S/A, com sede na cidade de São Paulo - SP.

#### • CLÁUSULA XV - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

15.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde ora contratado, desde que as mensalidades estejam

25

Certifico que a fotocópia deste documento é verdadeira e fiel ao original.

Goiânia GO 04 ABR. 2016

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Antônio da Costa

Cleuson Francisco de Oliveira

**AUTENTICAÇÃO**  
00058625249

rigorosamente em dia na data do óbito, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

15.1.1 - Quando se fizer necessária a internação hospitalar, esta será em acomodação coletiva, não importando o tipo original contratado.

15.1.2 - Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos usuários subsistirá na forma e condições anteriores.

15.2 - Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se usuário dependente, os seguintes:

- a) cônjuge ou companheiro do titular;
- b) filhos e os equiparados aos filhos, solteiros e menores de 24 anos.

15.2.1 - O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do usuário titular falecido, nos termos da legislação civil.

15.3 - O usuário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do usuário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

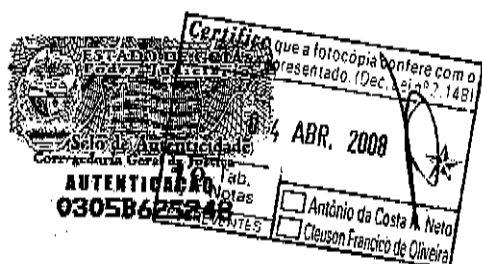
15.4 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido nesta Cláusula, o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

15.5 - O benefício previsto nesta Cláusula fica condicionado à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

15.5.1 - Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos pela presente cláusula, ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial.

15.6 - Os Cartões de Identificação dos usuários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

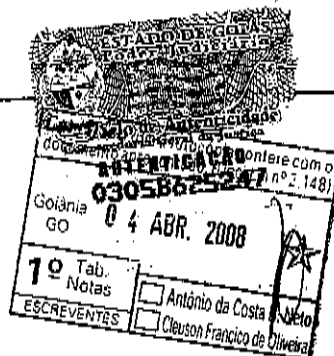
15.7 - O direito à Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

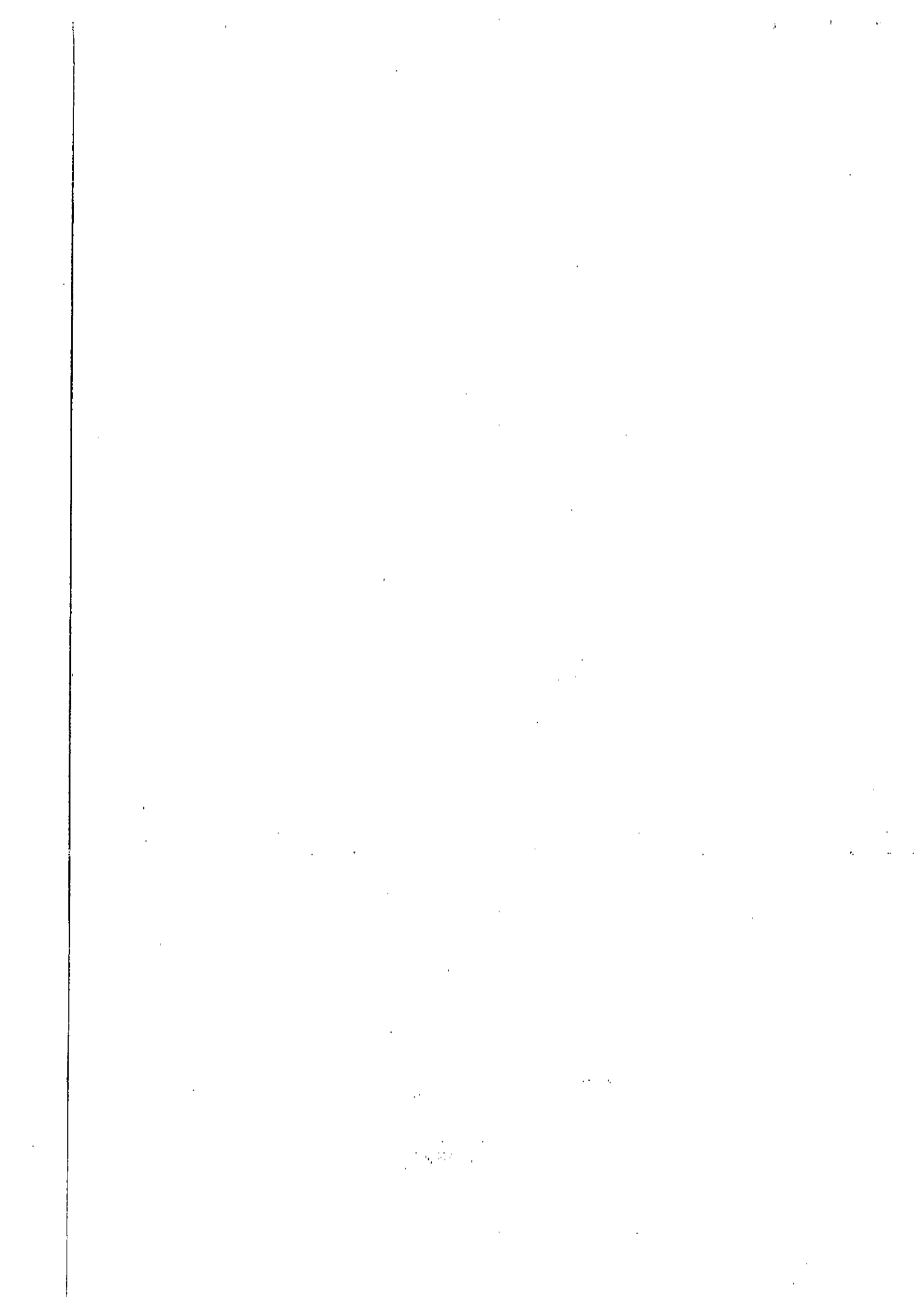


## IMPORTANTE

Documentos a serem providenciados **COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 7 (SETE) DIAS DA ASSINATURA DO CONTRATO**, para fins de cadastramento:

- **DO CONTRATANTE (PESSOA JURÍDICA), APRESENTAR CÓPIAS DE:**
  1. Contrato Social, e última alteração, quando for o caso;
  2. C.N.P.J.;
  3. Cadastro financeiro;
  4. Inscrição Estadual;
  5. Outros.
- **DOS PARTICIPANTES, SEUS DEPENDENTES E/OU AGREGADOS – apresentar listagem contendo os seguintes dados:**
  1. nome completo;
  2. data de nascimento;
  3. estado civil;
  4. grau de parentesco - do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) em relação ao titular;
  5. sexo;
  6. C.P.F.



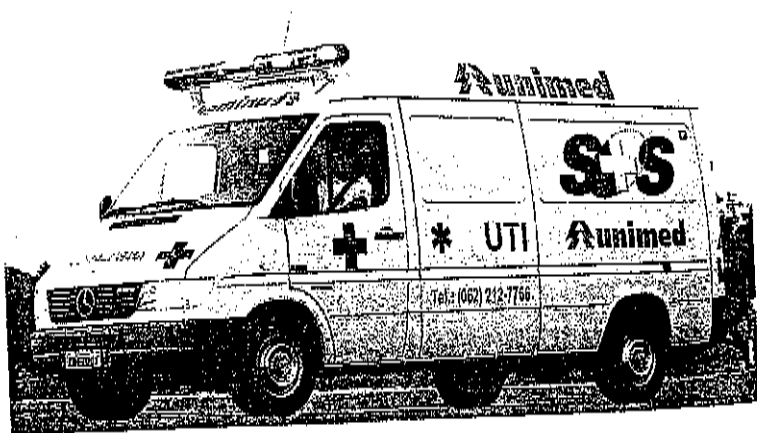




# S+S Área Protegida

Atendimento  
24 horas

O SOS Área Protegida é um serviço feito sob medida para oferecer segurança e proteção à sua empresa, através de assistência médica de transporte e remoção terrestre, 24 horas por dia.



Em caso de ocorrer uma emergência, com risco de vida, com alguém na área de sua empresa, uma UTI móvel e uma equipe altamente qualificada é colocada à sua disposição para socorrer todas as necessidades que a situação exigir.

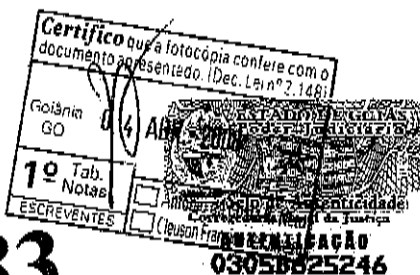
# Medicina Ocupacional

Empresa com saúde,  
lucros fortes.

A Unimed pensa e cuida da saúde da sua empresa eliminando problemas futuros com as exigências das leis trabalhistas, oferecendo:

- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA

Vendas:  
**216-8383**



**Unimed**

GOIÂNIA-GO

Conte com essa força



**ADMINISTRAÇÃO/VENDAS:**  
Praça Gilson Alves de Souza, nº 650 (Av. T-1 esq. c/ T-7) - Setor Bueno  
Central de Atendimento - (062) 216-8000  
Vendas - (062) 216-8383  
**HOSPITAL UNIMED (URGÊNCIA)**  
Rua 9-B - Setor Oeste - (062) 212-7787  
**SOS UNIMED - (062) 212-7766**

**TERMO DE ACORDO**, que celebram as partes abaixo identificadas, a saber:

Pelo presente **TERMO DE ACORDO**, de um lado, a **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, sociedade simples, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, Goiânia-GO, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.476.067/0001-22, doravante denominada como **PRIMEIRA ACORDANTE**, e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - ADUFG**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida à 9ª Avenida, n.º 193, Qd. 4, Lt. 3, Setor Vila Nova, Goiânia-GO, inscrito no CNPJ/MF sob n.º 02.721.652/0001-40, denominada como **SEGUNDA ACORDANTE**, resolvem na melhor forma de direito em celebrar o presente **TERMO** que será regido pelas seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** - As partes acima identificadas, que celebram o "CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - PLANO COLETIVO PESSOA JURÍDICA - SAÚDE EMPRESARIAL I", firmado em 10/10/1999, acordam que serão aceitas as migrações dos titulares desde que juntamente com seus respectivos dependentes e/ou agregados para o "CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL - UNIBRASIL EMPRESA SEGMENTADO NACIONAL", firmado em 10/01/2000, na seguinte situação:

- A qualquer momento, por motivo de estudos (pós-graduação, especialização, etc.), desde que seja apresentado o documento comprobatório para tal (Declaração de Licença, emitida pela Universidade Federal de Goiás) e obedeça ao período de movimentação cadastral.


**CLÁUSULA SEGUNDA** - Acordam também que, após a conclusão dos estudos, os usuários migrados (acima mencionados) poderão retornar ao contrato original, observando o período de movimentação cadastral.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta todos os efeitos legais.

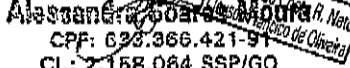
Goiânia, 01 de setembro de 2005.

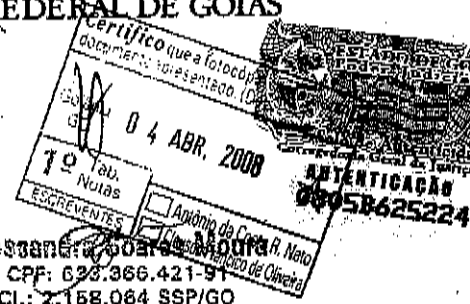
  
**UNIMED GOIÂNIA**  
Dr.ª Liza Paschoa  
Diretora de Mercado  
Unimed Goiânia

  
**ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
Dr. Ary Augusto da Espirito Santo  
Vice-Presidente / Dir. Financeiro  
Unimed - Goiânia

  
**ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
Prof. Romualdo Pessoa Campos Filho  
Diretor Presidente  
Associação dos Docentes da UFG

  
**TESTEMUNHAS**  
Alessandro M. da Costa  
CPF: 710.874.431-72  
Unimed Goiânia

  
Alexandre Soares Moura  
CPF: 628.366.421-91  
CL: 2.158.064 SSP/GO





## REUNIÃO REALIZADA ENTRE ADUFG E UNIMED

- Finalidade Reunião:** Renovação dos Contratos:  
Contrato de Plano de Saúde Suplementar – Plano Coletivo  
Pessoa Jurídica – SAÚDE EMPRESARIAL I – código 50156-0  
Contrato de Plano de Saúde suplementar – Plano Coletivo  
Empresarial – UNIBRASIL EMPRESA SEGMENTADO  
NACIONAL – código 50156-2.
- Vigência:** 10 de outubro de 2002.
- Local da Reunião:** Unimed
- Data/hora:** 26 de setembro de 2002 – 08h00
- Participantes da Unimed:** Dr. Ary Monteiro do Espírito Santo / Diretor Financeiro  
Dra. Elza de Paula Soares / Diretora de Convênios  
Luzia Sueleide de Figueiredo / Negociadora
- Participantes da Adufg:** Prof. João Batista de Deus / Presidente  
Prof. Rui Hiroshi Yamada / Diretor Financeiro  
Prof. Ângela A. M. de C. Almeida / Coord. Plano de Saúde  
Prof. Reginaldo Nassar Ferreira / Coord. Plano de Saúde  
Adriana Cristina Santiago Neves / Secretária

### ACORDADO ENTRE AS PARTES:

1. Reajuste de 5% (cinco por cento) em novembro de 2002, com cobrança retroativa do reajuste do mês de outubro em novembro de 2002.
2. O custo operacional feito pela contratante será somente para exames com valores exatos. Serão excluídos do contrato a modalidade de custo operacional para os demais procedimentos, inclusive internações.
3. O SOS remoção terrestre utilizada fora de Goiânia, do PLANO NACIONAL, serão reembolsadas pela Unimed Goiania desde comprovadas através de recibo.



*Handwritten signatures and initials:*  
bs.  
ES  
AA  
AA  
AA



4. Inclusões de novos usuários no período de 10/10/2002 à 10/01/2003, desde que comprove o vínculo com a Associação.
5. Ficaram definidas 2 (duas) datas para novas inclusões: ABRIL e OUTUBRO de cada ano.
6. Os usuários que estiverem fazendo especialização fora do Brasil, serão aceitas suas inclusões dentro dos 30 (trinta) dias do retorno, desde que sejam comprovadas.
7. Envio da FICHA POR FAMÍLIA do período de Junho/2001 à Maio/2002. Sendo enviadas periodicamente de 3 em 3 meses.
8. Os usuários de Jataí e Catalão serão incluídos no plano local e repassadas para as respectivas localidades.
9. Resultado acumulado do Plano Local código 50156-0, em abril de 2002: R\$ 212.330,87.
10. Resultado acumulado do Plano Nacional, código 50156-2, em abril de 2002: R\$ 112.154,01.

*Prof. João Batista de Deus*  
Presidente da ADUFG

*Prof. Reginaldo Alassar Ferreira*

*Dr. Elza de Paula Soares*  
Diretora de Convênios  
Unimed - Goiânia

*Luzi Suelita de Figueiredo*  
Gestão Comercial de Contratos  
Unimed Goiânia

*Angela M. Almeida*  
Enfermeira-Professora  
COREN - 16716

*Ministro do Espirito Santo*  
Presidente / Dr. Francisco  
Unimed - Goiânia

Certifico que este documento contém uma cópia autenticada do original (Dec. L. 11.222/02)

Goiania GO 04 ABR, 2008

1º Tab. Notas

ESCREVENTES

Antônio da Costa R. Neto

Cleuson Francisco

STABRIME GOIÂNIA  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA GERAL DE JURISDIÇÃO  
SECRETARIA DE CONTABILIDADE  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
SECRETARIA DE MARKETING  
SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS  
SECRETARIA DE SISTEMAS DE INFORMÁTICA  
SECRETARIA DE SUPRIMENTOS  
SECRETARIA DE TREINAMENTO  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA  
SECRETARIA DE VENDA

Autenticado em  
03058625099

