

CRER
Fls. 1420
5
Rubrica

DADOS DA CONTRATADA

RAZÃO SOCIAL UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					
CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	REGISTRO NA JUCEG	REG. OPERADORA Nº	
02.476.067/0001-22	ISENTO	028546-3	52.40000826-5	382876	2151/92
ENDEREÇO PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/ T-1)			BAIRRO SETOR BUENO		
CIDADE GOIÂNIA		U.F. GO	CEP 74.210 - 250	DDD 062	TELEFONE 216-8000

DADOS DA CONTRATANTE

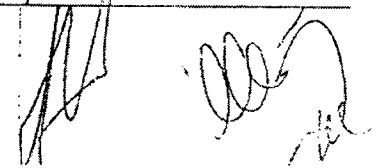
RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO GOIÂNIA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR					
CODIGO	FILIAL	NOME DE FANTASIA AGIR			
CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL		REGISTRO NA JUNTA COMERCIAL		
05.029.600/0001-04	10.354.725-8				
CEP	ENDEREÇO				
74.653-230	AV. VEREADOR JOSÉ MONTEIRO Nº 1655				
BAIRRO SETOR NEGRÃO DE LIMA			COMPLEMENTO QD. ÁREA LT. ÁREA		
CIDADE GOIÂNIA		ESTADO (UF) GOIÁS	DDD/TELEFONE (062)232-3000	FAX 232-3000	
EMAIL (ENDEREÇO ELETRÔNICO) rh@crer.org.br					

RESPONSÁVEL(S) PELO CONTRATANTE

NOME SÉRGIO DAHER		CARGO SUPERINT. EXECUTIVO	
NOME JOÃO ALÍRIO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR		CARGO SUPERINT. TÉCNICO	
PESSOA PARA CONTATO			
NOME AGADYR FERREIRA		DEPTO. (SETOR) RECURSOS HUMANOS	TELEFONE (062)232-3000
ENDEREÇO P/ CORRESPONDÊNCIA			
CEP		ENDEREÇO	
		<input checked="" type="checkbox"/> O MESMO <input type="checkbox"/> O DESCRITO ABAIXO	
COMPLEMENTO		BAIRRO	
CIDADE		ESTADO (UF)	

DADOS DO PLANO

PLANO CONTRATADO	
UNIEMPRESA COOPERATIVO	
SEGMENTO(S) CONTRATADO(S) (Produtos Assistenciais)	Registro na ANS
UNIEMPRESA COOP.-AHCO-ENF-CO-PARTICIPAÇÃO 50% CONSULTA	436.482/01-1
UNIEMPRESA COOP.-AHCO-APTO-CO-PARTICIPAÇÃO 50% CONSULTA	436.483/01-0
PRODUTOS NÃO ASSISTENCIAIS (Acessórios)	VALOR PER CAPITA (R\$)
PRÊMIO (R\$) DO SEGURO GARANTIA FUNERAL (SGF)	
R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS)	
INÍCIO VIGÊNCIA (DDMMAAAA)	DIA DE VENCIMENTO DA FATURA
20/12/2003	20
ATENDIMENTO	Nº DIAS P/ COBRANÇA DE PRÓ-RATA
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> LOCAL	



CREP
Fls. 342
5
Rubrica

CO-PARTICIPAÇÃO ASSIST. MÉDICA%
 SIM 50% SOBRE: CONSULTAS EXAMES GTA'S NÃO

VALOR MÁXIMO DE CO-PARTICIPAÇÃO
 SIM, NO VALOR DE R\$ _____ () POR PROCEDIMENTO.
 NÃO

FRANQUIA EM INTERNAÇÃO
 SIM, NO VALOR DE R\$ _____ () POR INTERNAÇÃO CLÍNICA. NÃO
 NÃO

R\$ _____ () POR INTERNAÇÃO CIRÚRGICA OU UTI.

INSCRIÇÃO POR USUÁRIO NO VALOR DE R\$ 15,00 (QUINZE REAIS)

MANUTENÇÃO MENSAL POR USUÁRIO (QUANDO C.O.) NO VALOR DE R\$ -----

AUTORIZA CALCULO DO AGRAVO SIM NÃO COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA/AGRAVO (em meses) -----

% DE PARTICIPAÇÃO DA EMPRESA NO PLANO 40% Nº DE USUÁRIOS NA ADESÃO INICIAL 500

AUTORIZAÇÃO DO CONTRATANTE PARA A REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS.
 SIM, para os SEGUINTE PROCEDIMENTOS: TODOS CONSULTAS GTA'S EXAMES INTERNAÇÕES
 NÃO

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	44,63	44,63	44,63	44,63	44,63	177,63	240,69
ACOMODAÇÃO PRIVATIVA	56,08	56,08	56,08	56,08	56,08	223,20	302,44

Ocorrendo mudança de faixa etária definida no quadro 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:

Da FAIXA I para a FAIXA II	Da FAIXA II para a FAIXA III	Da FAIXA III para a FAIXA IV	Da FAIXA IV para a FAIXA V	Da FAIXA V para a FAIXA VI	Da FAIXA VI para a FAIXA VII
0	0	0	0	298%	35,5%

DADOS DO PLANO

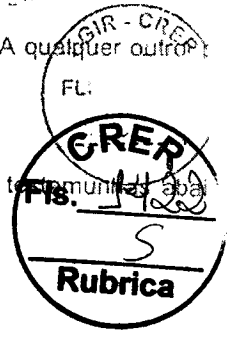
DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS

presente contrato será sempre atualizado quando surgirem disposições legais que a tal obrigarem.

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

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



Goiânia, 20 de 12 de 2003

[Handwritten signature]
CONTRATANTE

[Handwritten signature]
CONTRATADA
Dra. Ilza Pascoal Provençal
Diretora de Mercado
Unimed - Goiânia Corretora
de Seguros Ltda

TESTEMUNHAS

[Handwritten signature]
Dr. Ary Monteiro do Espírito Santo
2º Vice Presidente / Dir. Financeira
Unimed - Goiânia

NOME: *Agademy Fagundes da Silva*

NOME: *[Handwritten signature]*

CPF: 370.110.061-68

CPF: 285.928.751-53

CÓDIGO

VENDEDOR

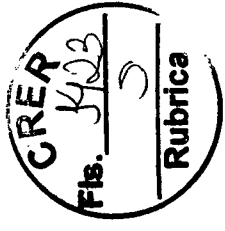
ASSINATURA

WAGNER

[Handwritten signature]

DISPOSIÇÕES FINAIS

VENDEDOR



Condicioner

1-1-1



ÍNDICE

CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES	3
CLÁUSULA II - DO OBJETO	7
CLÁUSULA III - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO	7
3.3 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.....	7
3.3.2 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE	7
3.3.3 - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.....	3
3.3.4 - DO AGRAVO.....	9
3.4 - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS	0
CLÁUSULA IV - DOS USUÁRIOS	9
4.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS	10
4.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS	10
CLÁUSULA V - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APÓSNTADO.....	11
CLÁUSULA VI - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....	13
CLÁUSULA VII - DO SIGILO MÉDICO	13
CLÁUSULA VIII - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS.....	14
CLÁUSULA IX - DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO.....	15
CLÁUSULA X - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15
CLÁUSULA XI - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES	16
CLÁUSULA XII - DO CUSTO OPERACIONAL.....	16
CLÁUSULA XIII - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA	17



ÍNDICE

CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES3

CLÁUSULA II - DO OBJETO7

CLÁUSULA III - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO7

3.3 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS.....7

3.3.2 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE7

3.3.3 - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.....3

3.3.4 - DO AGRAVO.....9

3.4 - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS0

CLÁUSULA IV - DOS USUÁRIOS9

4.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS10

4.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS10

CLÁUSULA V - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APÓSSENTADO11

CLÁUSULA VI - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO.....13

CLÁUSULA VII - DO SIGILO MÉDICO13

CLÁUSULA VIII - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS14

CLÁUSULA IX - DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO15

CLÁUSULA X - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA15

CLÁUSULA XI - DAS TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E PAGAMENTO AOS PRESTADORES16

CLÁUSULA XII - DO CUSTO OPERACIONAL16

CLÁUSULA XIII - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA17



13.3 - DA CO-PARTICIPAÇÃO17

13.4 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO18

13.5 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS18

13.6 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS19

CLÁUSULA XIV - DO REEMBOLSO20

CLÁUSULA XV - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL1

CLÁUSULA XVI - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA23

CLÁUSULA XVII - DO PRAZO CONTRATUAL E VIGÊNCIA24

CLÁUSULA XVIII - DA RESCISÃO24

SEGMENTOS ANEXOS26



CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A
SAÚDE SUPLEMENTAR

PLANO EMPRESARIAL SEGMENTADO LOCAL
UNIEMPRESA COOPERATIVO

A UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, entidade cooperativa regida pela Lei 5764/71, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (Av.T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.476.067/0001-22, no CRM sob n.º 232 e registrado na ANS sob n.º 382876, aqui denominada CONTRATADA, tem por objeto a prestação dos serviços de assistência à saúde suplementar conforme enumeradas nestas Condições Gerais.

CLÁUSULA I - DAS DEFINIÇÕES

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

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

CONTRATADA: a UNIMED GOIÂNIA, descrita acima e no contrato, 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 contratado, 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 estas condições gerais e devidamente rubricadas pelas partes.

SEGMENTO(S): apêndice do contrato e condições gerais, onde estão especificadas as suas respectivas particularidades, tais como: coberturas, não coberturas, carências, etc. Pode ser ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia ou hospitalar com obstetrícia.

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 à operadora do plano de saúde, com o fim de obter direito ao atendimento às doenças preexistentes ao contrato.

AMBULATÓRIO: 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.

ANS: autarquia sob o regime especial, vinculado ao Ministério da Saúde como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é o atendimento que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório.

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.

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.

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

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: documento que contém os dados do usuário (nome, data de nascimento, código de inscrição no plano contratado, tipo de acomodação ou plano).

CO-PARTICIPAÇÃO: valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas por serviços prestados aos usuários.

COBERTURAS: compreendem o denominado Rol de Procedimentos, a que os usuários têm direito ao atendimento e aos serviços conforme opção firmada no contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é a suspensão, estabelecida em contrato pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade e relacionada à doenças ou lesão preexistente.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSULTA: é o ato médico realizado no sentido de elucidação diagnóstica e orientação terapêutica. O usuário tem o prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da consulta inicial, para retornar sua visita ao médico para fins de análise dos exames complementares e definição de tratamento.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado dos serviços de assistência à saúde excluídos ou em período de carência, cujo valor é baseado nas TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES, acrescido do custeio administrativo.

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: anomalia anatômica ou funcional, genética ou não, presente quando do nascimento, podendo se manifestar posteriormente ao mesmo.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE (DLP): é aquela que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de plano privado de assistência à saúde.

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 e/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.

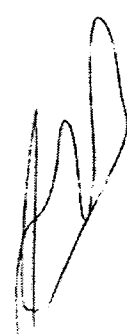
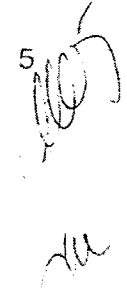
GRUPO FAMILIAR: compreende todos os integrantes de um mesmo contrato familiar ou seja, o titular, seus dependentes e agregados.

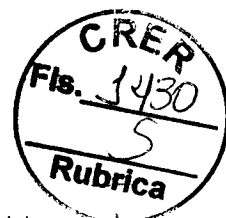
INTERNAÇÃO HOSPITALAR: da-se quando o usuário é admitido em hospital, para ser submetido a tratamento, ficando sob os cuidados do médico assistente.

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

MENSALIDADE: é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à CONTRATADA, em face das coberturas contratadas. Equivale à contraprestação pecuniária.

ÓRTESE: acessório auxiliar de função ou membro, por vezes usado em procedimentos cirúrgicos.

 5




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

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

PRIMEIROS SOCORROS: primeiros atendimentos realizados nos casos de urgência e/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.

PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE: são os relacionados no Anexo I da Resolução ANS/RDC nº 68 de 07/Maio/2001, ou qualquer outra que venha a substituí-la, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à Doenças e Lesões Preexistentes, poderão constar em cláusula específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses.

PRÓTESE: 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 definidos pela ANS, sendo que, a primeira edição do rol encontra-se anexo à resolução n.º 10, de 03 de novembro de 1998, editada pelo 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.

SINISTRALIDADE: ocorrência de dano, frequência em que acontecem os eventos objeto de seguro.

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 em casos de urgência e emergência quando fora da área de abrangência de sua Unimed de origem.

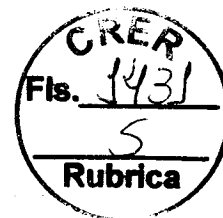
UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Operadora de plano de assistência à saúde.

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

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

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

1.3 - Por convenção, adotou-se nestas condições gerais, no contrato e segmento(s), o gênero masculino quando da referência ao(à) CONTRATANTE e aos(às) usuários(as).



CLÁUSULA II - DO OBJETO

2.1 - 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 da ANS - Agência Nacional de Saúde, observadas estas Condições Gerais e seus segmentos, bem como o determinado no Contrato.

2.2 - A CONTRATADA, representando os médicos cooperados e as instituições por eles contratadas e conveniadas, obriga-se a prestar toda 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.

2.3 - O PLANO COLETIVO EMPRESARIAL é um plano de saúde suplementar composto pelos seguintes segmentos: atendimento ambulatorial, internação hospitalar e atendimento obstétrico, conforme previsto na lei 9.656/98.

CLÁUSULA III - DA FORMA DE CONTRATAÇÃO

3.1 - A cobertura e assistência suplementar à saúde deste contrato é exclusiva à população delimitada e vinculada ao CONTRATANTE.

3.2 - 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.

3.3 - DOS PLANOS COM MENOS DE 50 USUÁRIOS

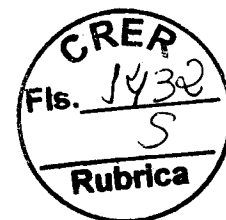
3.3.1 - Nos contratos coletivos, com um número de inscrições menor do que 50 (cinquenta) usuários, haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes e a exigência do cumprimento das carências determinadas no contrato.

3.3.2 - FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE

3.3.2.1 - Os usuários se comprometem ao preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde para si e todo seu grupo familiar, EXCETO para as crianças nascidas de parto coberto contratualmente, que não terão qualquer restrição por alegação de doença ou lesão preexistente.

3.3.2.2 - O formulário de DECLARAÇÃO DE SAÚDE será preenchido em entrevista qualificada, na presença de médico orientador 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, na conformidade da lei.

3.3.2.3 - O médico escolhido 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 consequências em relação a sua omissão.



3.3.2.4 - 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 ADMISSIONAL), para confirmação ou exclusão de doenças preexistentes.

3.3.2.5 - A condição sabida de doença ou lesão preexistente à assinatura do contrato e não informada, acarretará suspensão ou denúncia por fraude conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656/98.

3.3.2.6 - QUANDO CONSTATADA A EXISTÊNCIA DE DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES, DECLARADAS NA ENTREVISTA QUALIFICADA OU IDENTIFICADAS EM EXAME PRÉ-ADMISSIONAL, SERÁ APLICADA A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA OU O AGRAVO DO CONTRATO.

3.3.2.7 - Para fins e efeitos da aplicação da cobertura parcial temporária das doenças ou lesões preexistentes, serão considerados exclusivamente os atos de natureza cirúrgica, as internações em leitos de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade.

3.3.2.8 - OS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE RELACIONADOS ÀS DOENÇAS DECLARADAS NA ENTREVISTA QUALIFICADA OU DETECTADAS EM EXAME PRÉ-ADMISSIONAL, SÃO AQUELES QUE ENCONTRAM-SE DESCRITOS EM ANEXO DA RESOLUÇÃO RESPECTIVA, EDITADA PELA ANS, E SERÃO OBJETO DE TERMO ADITIVO QUANDO DA CONTRATAÇÃO DESTE PLANO.

3.3.3 - DA COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

3.3.3.1 - As doenças ou lesões preexistentes terão cobertura parcial temporária por 24 (vinte e quatro) meses contados da data de assinatura do contrato. Fim do esse prazo a cobertura passará a ser integral, observadas as condições e coberturas contratadas.

3.3.3.2 - Quando caracterizadas como urgência e/ou emergência, as doenças ou lesões preexistentes terão cobertura nas primeiras 12 (doze) horas do atendimento, em todos os procedimentos do segmento ambulatorial e enquanto não necessitar de estrutura hospitalar.

3.3.3.2.1 - A partir do prazo citado no item acima, e havendo a necessidade de continuidade do tratamento, a responsabilidade financeira passa a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

3.3.3.3 - Cabe à operadora a obrigação de remoção terrestre para unidade de emergência do SUS para continuidade do atendimento.

3.3.3.4 - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

3.3.4 - DO AGRAVO

3.3.4.1 - O CONTRATANTE poderá fazer opção, ou não, pelo AGRAVO nos valores das contraprestações do(s) usuário(s), para que estes tenham direito à cobertura integral para as doenças ou lesões preexistentes; observado(s) o(s) segmento(s) contratado(s).

3.3.4.1.1 - O índice de AGRAVO sofrerá variações de acordo com as informações fornecidas na entrevista qualificada ou no exame pré-admissional.

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

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

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

3.3.4.5 - Feita a opção pelo AGRAVO, o CONTRATANTE se compromete ao cumprimento das obrigações financeiras decorrentes a partir da mensalidade imediatamente subsequente ao recebimento da comunicação.

3.3.4.6 - Para o atendimento à cobertura contratada relacionada às doenças ou lesões preexistentes quando da opção do AGRAVO, deverão ser observados os respectivos períodos de carência, conforme determinado no contrato.

3.4 - DOS PLANOS COM 50 USUÁRIOS OU MAIS

3.4.1 - Nos contratos coletivos com um número de inscrições igual ou maior do que 50 (cinquenta) usuários, não haverá alegação de doenças ou lesões preexistentes para os usuários inscritos, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

3.4.2 - O CONTRATANTE compromete-se a manter a quantidade inicial de inscritos ou o mínimo de 50 usuários durante a vigência deste, para fins da garantia dos benefícios previstos nestas Condições Gerais. O não cumprimento desta manutenção implicará em imediata negociação entre as partes para a revisão de valores per capita e dos benefícios citados.

CLÁUSULA IV - DOS USUÁRIOS

4.1 - São considerados usuários para fins da prestação dos serviços contratados o funcionário da CONTRATANTE como usuário titular e as pessoas por ele designadas como seus dependentes e agregados.





4.2 - DOS DEPENDENTES E AGREGADOS

4.2.1 - São DEPENDENTES do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- a) seu cônjuge, ou companheiro assim reconhecido legalmente, ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos;
- b) Seus filhos solteiros até 21 (vinte e um) anos, ou até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitários, 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");
- c) Seus enteados solteiros até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitário, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- d) Menor até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos se comprovadamente universitário, sob guarda ou tutela judicial do titular.
- e) As pessoas declaradas judicialmente como dependentes economicamente do titular.

4.2.2 - São AGREGADOS do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- a) pai / mãe;
- b) sogro / sogra.

4.3 - DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL DOS USUÁRIOS

4.3.1 - 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.

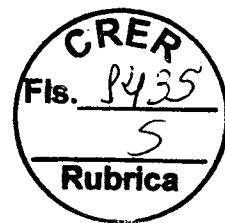
4.3.2 - O CONTRATANTE exibirá os documentos de comprovação da qualidade de dependentes e agregados de seus empregados.

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

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

4.3.4 - SERÃO ASSEGURADAS INCLUSÕES POSTERIORES À ASSINATURA DO CONTRATO, DESDE QUE OCORRAM NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS E SEJA EFETUADO O PAGAMENTO DA MENSALIDADE A PARTIR DA DATA DO EVENTO QUE CONFERE O DIREITO À INCLUSÃO NO CONTRATO (NASCIMENTO, ADOÇÃO, CASAMENTO), EXCLUSIVAMENTE PARA:

- a) RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DO USUÁRIO TITULAR;
- b) FILHO ADOTIVO DO USUÁRIO TITULAR, MENOR DE DOZE ANOS;



c) CÔNJUGE RECÉM-CASADO, O SOGRO E A SOGRA DO USUÁRIO TITULAR.

4.3.4.1 - Para o aproveitamento das carências será observado a respectiva cláusula sobre o assunto disposta em cada segmento integrante destas condições gerais.

4.3.5 - Após a assinatura do contrato, SERÃO ADMITIDAS, AINDA, as inclusões de novos dirigentes, sócios ou empregados e seus respectivos dependentes e agregados, nas mesmas condições dos inscritos inicialmente no plano contratado, 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.

4.3.6 - A EXCLUSÃO de usuário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória ou nos casos de demissão do empregado, respeitado o direito de continuidade nos prazos definidos na lei.

4.3.7 - 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.

4.3.8 - Quando ocorrer casos de INCLUSÃO de usuário(s) que já era(m) contratante(s) da Unimed Goiânia, a CONTRATADA deverá ser informada de tal condição para os efeitos de aproveitamento de carências do contrato anterior.

4.3.9 - O PRAZO DETERMINADO PARA A MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL COMPREENDE O PERÍODO QUE ANTECEDE A DATA DE PAGAMENTO DA MENSALIDADE, TENDO COMO LIMITE O 20º (VIGÉSIMO) DIA ANTECEDENTE À REFERIDA DATA.

4.3.10 - Não poderá ser inscrito no plano contratado, o usuário que na data da assinatura do contrato, estiver afastado da empresa por motivo de doença do trabalho. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

4.3.11- 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.

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

CLÁUSULA V - DA DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA E DO APOSENTADO

5.1 - Ao empregado participante que contribuiu para o plano contratado e foi demitido sem justa causa, é assegurada sua condição de usuário neste plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava enquanto empregado.



CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da sua respectiva contribuição.

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

5.2 - É assegurado ao usuário titular que se aposentar na vigência do plano contratado e que tenha prazo mínimo de 10 (dez) anos ininterruptos de contribuição em plano de saúde, o direito de permanência como usuário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava enquanto empregado do CONTRATANTE, desde que assuma o pagamento integral da sua respectiva contribuição.

5.3 - 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.

5.4 - 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.

5.5 - Em caso de morte do titular, ex-empregado ou aposentado do CONTRATANTE, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos por este plano, nos termos desta cláusula, mediante o pagamento das mensalidades.

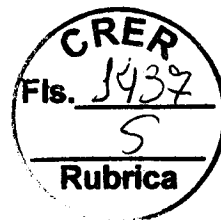
5.6 - Perderá o direito previsto nesta cláusula, o usuário titular, ex-empregado e/ou aposentado do CONTRATANTE, que for admitido em novo emprego.

5.7 - O direito que confere a lei cessa no momento que por qualquer razão cessa o contrato entre as partes CONTRATANTES.

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

5.9 - 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.

5.10 - PARA ASSEGURAR O SEU DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO, O EX-EMPREGADO OU APOSENTADO DEVE FAZER ESTA OPÇÃO NO PRAZO MÁXIMO DE (TRINTA) DIAS APÓS O SEU DESLIGAMENTO DO CONTRATANTE, QUE DEVERÁ COMUNICÁ-LO FORMALMENTE DESSE DIREITO NO ATO DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO E ENCAMINHAR - DENTRO DOS MESMOS 30 DIAS - A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA À CONTRATADA PARA AS PROVIDÊNCIAS OPERACIONAIS CABÍVEIS SOB PENA DE PERDA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA.



CLÁUSULA VI - DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

6.1 - A CONTRATADA fornecerá ao CONTRATANTE, e a cada titular, no ato de 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.

6.1.1 - O usuário poderá confirmar as informações contidas no GUIA acima especificado, quando da necessidade de utilização dos serviços, através da Central de Atendimento (fone: 216-8000), em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

6.2 - Para os procedimentos ou eventos que não sejam a consulta médica, será sempre exigida a solicitação com a indicação clínica do serviço, 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.

6.3 - 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.

6.4 - 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.


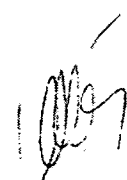
6.5 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

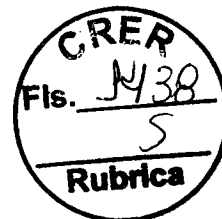
6.5.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento do titular.

6.6 - 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.

CLÁUSULA VII - DO SIGILO MÉDICO

7.1 - Aos usuários inscritos neste contrato fica resguardado o sigilo médico, referente à assistência prestada aos mesmos, conforme legislação em vigor.

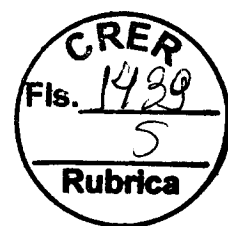
  13
du



CLÁUSULA VIII - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

8.1 - FICAM EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE QUALQUER SEGMENTO CONTRATADO, OS SERVIÇOS ABAIXO RELACIONADOS:

- a) ATENDIMENTO DE ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFÍSSIONAIS;
- b) CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- c) CHECK-UP, INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA ELETIVA, EM REGIME AMBULATORIAL E/OU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, NECRÓPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO.
- d) CONSULTAS DOMICILIARES;
- e) CONSULTAS, TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA CONTRATADA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PRESTADAS;
- f) 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 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA DEVIDAMENTE COMPROVADAS POR DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE;
- g) EXAMES MÉDICOS PARA PISCINA, GINÁSTICA E OUTROS QUE NÃO SEJAM POR CUIDADOS COM A SAÚDE;
- h) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS;
- i) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR;
- j) FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- k) INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL; INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E/OU CIRURGIAS COM O OBJETIVO DE IDENTIFICAR, PRODUZIR OU REVERTER A ESTERILIDADE MASCULINA OU FEMININA; TÉCNICAS DE FECUNDAÇÃO; CONTROLE DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E TRATAMENTOS PARA A IMPOTÊNCIA SEXUAL;
- l) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM;
- m) PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS NOS CASOS DE TRANSPLANTES EXCETO PARA RINS E CÓRNEAS.
- n) 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.

- o) SERVIÇOS REALIZADOS EM DESACORDO COM AS DISPOSIÇÕES DO CONTRATO, CONDIÇÕES GERAIS E SEGMENTO(S) CONTRATADO(S);
- p) TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO CONSTAREM DO "ROL DE PROCEDIMENTOS" EDITADO PELA ANS.
- q) TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL;
- r) TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- s) TRATAMENTO E ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIMED GOIÂNIA;
- t) TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES.

CLÁUSULA IX - DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CONTRATO

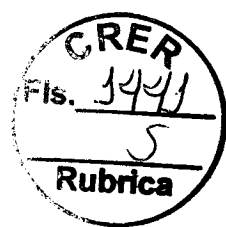
9.1 - As coberturas descritas nestas condições gerais, e celebradas no contrato, são exclusivas para o limite geográfico, que determina área de ação da UNIMED GOIÂNIA, compreendendo os seguintes municípios: GOIÂNIA, APARECIDA DE GOIÂNIA, ABADIA DE GOIÁS, ANICUNS, ARAÇU, AVELINÓPOLIS, BELA VISTA DE GOIÁS, BONFINÓPOLIS, BRAZABRANTES, CALDAZINHA, CAMPESTRE, CATURAMA, CESARINA, GOIANIRA, GUAPÓ, HIDROLÂNDIA, INHUMAS, ITAUÇU, 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.

CLÁUSULA X - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

10.1 - 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 Nacional Unimed.

10.1.1 - 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.

10.2 - Ocorrendo a necessidade de atendimentos de urgência e/ou emergência em locais em que não haja serviços próprios ou credenciados Unimed, serão obedecidas as regras estabelecidas nestas condições gerais para REEMBOLSO.



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

- I. durante o prazo de carência da cobertura contratual;
- II. para as doenças ou lesões preexistentes, durante o período da cobertura parcial temporária, quando for o caso;
- III. nos serviços excluídos específicos do(s) segmento(s) contratado(s);
- IV. nos serviços do(s) segmento(s) não contratado(s);
- V. nos serviços excluídos abaixo relacionados:
 - a) atendimento de acidentes de trabalho e doenças profissionais;
 - b) inseminação artificial; investigação diagnóstica e/ou cirurgias com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina; técnicas de fecundação; controle de métodos anticoncepcionais e tratamentos para a impotência sexual;
 - c) procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

CLÁUSULA XIII - DA CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA

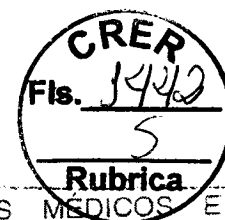
13.1 - Os valores previstos contratualmente foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência esperada de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, eventuais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

13.2 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades bem como o limite de co-participação, serão reajustados anualmente considerando-se os fatores abaixo relacionados, isolados ou concomitantemente, 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;
- d) redução significativa na quantidade de usuários inscritos inicialmente.

13.3 - DA CO-PARTICIPAÇÃO

13.3.1 - O CONTRATANTE poderá optar por uma co-participação nos valores das consultas médicas, exames complementares de diagnóstico e nos procedimentos referentes ao tratamento ambulatorial, constantes no "Rol de Procedimentos" editado pela ANS.



13.3.2 - A OPÇÃO PELA CO-PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES, SEUS VALORES E LIMITE MÁXIMO SERÃO DEFINIDOS NO CONTRATO.

13.4 - DAS FAIXAS ETÁRIAS E ÍNDICES DE ATUALIZAÇÃO

13.4.1 - Para cada usuário será cobrado mensalmente valor definido conforme a faixa de idade que se encontre ou venha a atingir durante a vigência do contrato e a acomodação optada, observando-se o disposto no contrato e nestas condições gerais.

13.4.2 - 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 com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, não terá majoração por faixa etária em sua mensalidade.

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

13.4.4 - A data de assinatura do contrato é considerada DATA BASE para a aplicação das atualizações, revisões e alterações dos valores das mensalidades, eventuais valores de limite de co-participação e franquia ao fim de cada 12 (doze) meses, EXCETO quando se tratar das previstas nas faixas etárias, que se darão a cada mês seguinte ao do aniversário do usuário.

13.4.5 - Os preços previstos neste contrato serão atualizados monetariamente mediante negociação e acordo entre as partes, observando-se o aumento do índice de sinistralidade e ainda as variações:

- do IGPM;
- da "TABELA DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES";
- da(s) planilha(s) de custos inerentes ao contrato.

13.4.6 - Os desvios verificados na frequência esperada de utilização dos serviços ou a redução significativa da massa de usuários, poderão ensejar, a qualquer tempo, acréscimo de co-participação, aumento no índice da co-participação já definida em contrato, e/ou acréscimo de franquia desde que o equilíbrio do plano esteja comprometido, mediante acordo entre as partes.

13.5 - COMPOSIÇÃO DOS CUSTOS E SEUS INSUMOS.

13.5.1 - O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula: REAJUSTE = (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO X ÍNDICES DE ELEVAÇÃO DOS CUSTOS) + (SINISTRALIDADE DA MASSA DE USUÁRIOS).



13.5.2 - Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

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

13.5.3 - Compõem as despesas administrativas:

- a) salários;
- b) outras despesas.

13.6 - DA COBRANÇA E DOS PAGAMENTOS

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

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

13.6.1.2 - Este prazo para as cobranças, quando o atendimento for realizado noutra unidade da Federação será de até 210 (duzentos e dez) dias, quando da utilização em urgência e/ou emergência.

13.6.2 - 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.


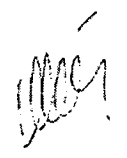

13.6.3 - As mensalidades devem ser quitadas até a data do seu vencimento estabelecida no contrato, em banco ou na sede da CONTRATADA.

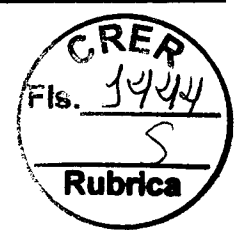
13.6.4 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED GOIÂNIA para que não se sujeite às consequências da mora.

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

13.6.5 - 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 usuários demitidos, aposentados e/ou seus dependentes e agregados.

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

  19




13.6.7 - Ocorrendo impontualidade no pagamento das faturas, o CONTRATANTE pagará quando a legislação permitir, atualização monetária e juros de mora na razão de 0,03% (zero vírgula zero três por cento) calculados diariamente, mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento.

13.6.8 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias consecutivos implicará sempre na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito.

CLÁUSULA XIV - DO REEMBOLSO

14.1 - Em casos de urgência e/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.

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

14.2.1 - 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;
- c) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente;
- d) conta hospitalar discriminando período de permanência no hospital e data de alta hospitalar, materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- e) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem.

14.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário e que estejam contempladas na cobertura contratada.

14.4 - Os valores a serem reembolsados serão os das TABELAS DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES da UNIMED GOIÂNIA, sendo que primeiramente se deduzirão os montantes devidos pela co-participação financeira se prevista no contrato.

14.4.1 - Quando, nas situações de urgência e/ou 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 DE REMUNERAÇÃO AOS COOPERADOS E DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES da UNIMED GOIÂNIA, e não daquelas praticadas pelo hospital em que se deu o atendimento.

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

14.6 - O CONTRATANTE PERDERÁ O DIREITO AO REEMBOLSO DECORRIDOS DOZE MESES DA DATA DO EVENTO.

CLÁUSULA XV - DO SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL

15.1 - 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.

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

- 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.

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

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

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

15.5.1 - Do Segurado falecido:

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

15.5.2 - 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.



15.5.3 - 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.

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

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

15.8 - 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) inundação, furacão, ciclones, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral, e quaisquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;
- c) radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação por 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.

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

CLÁUSULA XVI - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

16.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, os usuários dependentes devidamente cadastrados no contrato 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.

16.1.1 - Ficam EXCLUÍDOS do benefício do PEA todos os usuários inscritos como AGREGADOS.

16.1.2 - Quando se fizer necessária a internação hospitalar, desde que coberto no contrato original, esta será em acomodação coletiva, não importando o tipo contratado anteriormente.

16.2 - O direito ao PEA (plano de extensão assistencial) será assegurado somente quando atendidas as seguintes condições:

- a) que os usuários dependentes sejam participantes do plano de assistência à saúde objeto deste contrato há mais de 6 (seis) meses;
- b) que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito.

16.3 - Consideram-se usuários dependentes, os seguintes:

- a) cônjuge ou companheiro do titular, desde que comprovada esta condição;
- b) filhos e os equiparados aos filhos, solteiros e menores de 24 anos, se comprovadamente universitários.

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

16.4 - 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.

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

16.6 - 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.

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

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

OBS.:
Onde se lê: "PEA"
Leia - se "BENEFÍCIO FAMÍLIA"

16.8 - 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.

CLÁUSULA XVII - DO PRAZO CONTRATUAL E VICÊNCIA

17.1 - O presente contrato tem sua vigência inicial na data de sua assinatura, sendo esta de no mínimo 12 (doze) meses, prorrogando-se por prazo indeterminado, desde que não haja denúncia por nenhuma das partes.

17.2 - O período de vigência, se diferente do referido no item anterior, será definido no contrato quando da assinatura do mesmo, não podendo ser inferior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA XVIII - DA RESCISÃO

18.1 - Cabe à CONTRATADA o direito de SUSPENSÃO OU RESCISÃO UNILATERAL quando de dolo ou fraude comprovada ou ainda nos casos de redução da quantidade mínima exigida de usuários dos contratos firmados com MAIS DE 50 USUÁRIOS.

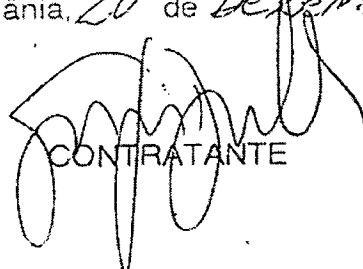
18.2 - Na vigência por prazo indeterminado, o CONTRATANTE poderá rescindir este contrato, mediante comunicação por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência.

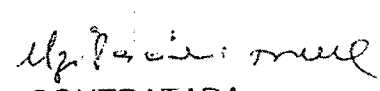
18.2.1 - O CONTRATANTE poderá ainda rescindir dentro do prazo de vigência inicial estabelecido no contrato, desde que esteja em dia com as suas obrigações financeiras advindas deste contrato, e acate o pagamento do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial do contrato.

18.3 - A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, poderá provocar a rescisão deste contrato, após a notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as conseqüências da mora e após a suspensão total dos atendimentos.

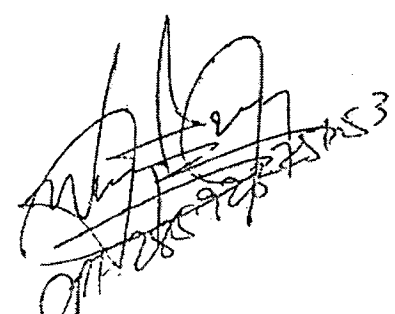
E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente na presença das testemunhas abaixo assinadas.


Goiânia, 20 de DEZEMBRO de 2003.

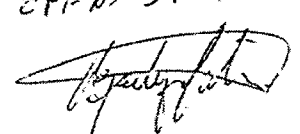

CONTRATANTE

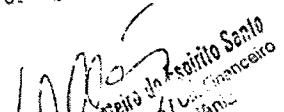

CONTRATADA
Dra. Iza Pascoal Freyzenol
Diretora de Mercado
Unimed Goiás S/A
de Seguros S/A

TESTEMUNHAS


22/12/03

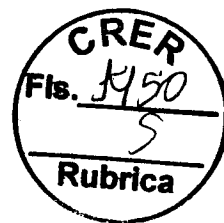

CPF Nº 310.110.061-68




Dr. Juv. Monteiro da Escrição Santo
Vice-Presidente / Unimed - Goiânia

CREP
Fls. 1499
5
Rubrica

SEGMENTOS (ANEXOS)



ESTE SEGMENTO É ADICIONAL AOS SEGMENTOS HOSPITALARES

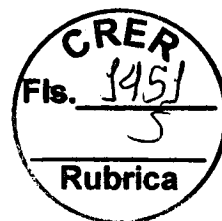
SEGMENTO AMBULATORIAL

CLÁUSULA I - DAS COBERTURAS

1.1 - O SEGMENTO AMBULATORIAL COMPREENDE EXCLUSIVAMENTE OS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIO OU AMBULATÓRIO CONFORME DEFINIDO PELA RESOLUÇÃO Nº 10 EDITADA PELO CONSU E CONSTANTES NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA ANS, NÃO INCLUINDO INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

1.2 - A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos neste segmento, a seguinte cobertura:

- a) atendimento de emergência em casos psiquiátricos, nas situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluindo as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão);
- b) atendimentos de urgência e/ou emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas;
- 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) procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem internação hospitalar;
- h) PSICOTERAPIA DE CRISE, atendimento intensivo por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas e até um total de 12 (DOZE) SESSÕES POR USUÁRIO POR ANO DE CONTRATO, não cumulativas;
- i) quimioterapia ambulatorial;
- j) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
- k) remoção terrestre do paciente após realizados os atendimentos de urgência e/ou emergência, quando caracterizada a falta de recursos para a continuidade do



atendimento ou pela necessidade de internação, dentro da abrangência geográfica contratada;

- l) serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente;
- m) tratamento de queimadura, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste – Goiânia-GO.

CLÁUSULA II - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

2.1 - Ficam EXCLUÍDOS, ainda, da cobertura AMBULATORIAL, os serviços abaixo relacionados:

- a) EMBOLIZAÇÃO E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA;
- b) INTERNAÇÕES HOSPITALARES, INCLUSIVE OBSTÉTRICAS;
- c) PROCEDIMENTOS PARA FINS DE DIAGNÓSTICO OU TERAPIA QUE, EMBORA DISPENSEM INTERNAÇÃO, NECESSITAM DO APOIO DE ESTRUTURA HOSPITALAR POR PERÍODO SUPERIOR A 12 (DOZE) HORAS;
- d) SERVIÇOS COMO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, UTI E SIMILARES;
- e) NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL;
- f) PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICA EM HEMODINÂMICA;
- g) PROCEDIMENTOS QUE EXIJAM ANESTESIA DIFERENTE DA ANESTESIA LOCAL, SEDAÇÃO OU BLOQUEIO;
- h) QUIMIOTERAPIA INTRATECAL E AS QUE DEMANDEM INTERNAÇÃO;
- i) RADIOMOLDAGENS, RADIOIMPLANTES E BRAQUITERAPIA;
- j) TRANSPLANTES.

CLÁUSULA III - DAS CARÊNCIAS

3.1 - Para os contratos com menos de 50 (cinquenta) usuários, o atendimento deste segmento será prestado após o cumprimento dos seguintes PRAZOS DE CARÊNCIA:

PROCEDIMENTOS	DIAS
COBERTURA AMBULATORIAL NOS CASOS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA	01 (24 HORAS)
CONSULTAS MÉDICAS	030
DEMAIS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS NÃO RELACIONADOS NESTA TABELA E CORRESPONDENTES A ESTE SEGMENTO	300

HEMODIÁLISE E DIALISE PERITONIAL/CAPD	180
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	180
PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS, DIGESTIVOS, RESPIRATÓRIOS E PROCTOLÓGICOS	180
RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	180
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	180
FISIOTERAPIA	180

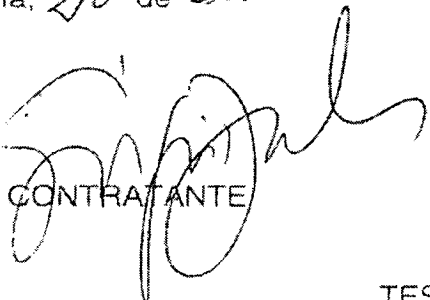
3.2 – Inicia-se a contagem do prazo de carência a partir da inclusão do usuário (titular dependente ou agregado) no contrato.

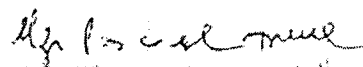
3.3 – Serão garantidas as inclusões neste plano **COM APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO TITULAR**, observando o prazo máximo de 30 (trinta) dias e o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do evento que confere o direito da inclusão (nascimento, adoção, casamento), **EXCLUSIVAMENTE** para:

- a) O RECÉM-NASCIDO, filho natural ou adotivo do usuário titular;
- b) O FILHO ADOTIVO, menor de doze anos idade;
- c) O CÔNJUGE RECÉM-CASADO com o usuário titular.

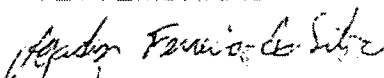
E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente segmento, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

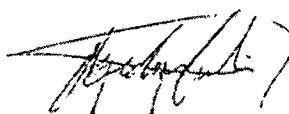
Goiânia, 20 de DEZEMBRO de 2003.

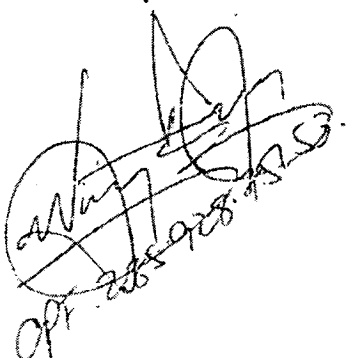

CONTRATANTE



CONTRATADA
Dra. Liza Pastoral Trevenzol
Diretora de Mercado
Unimed - Goiânia Corretora
de Seguro - Ltda

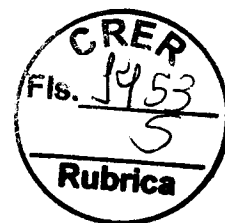
TESTEMUNHAS


CPF 370.110.066-68




CPF 285.928.952-3


Dr. Ary Monteiro do Espírito Santo
Vice-Presidente / Diretor
Unimed - Goiânia



SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

CLÁUSULA I - DAS COBERTURAS

1.1 - O SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA COMPREENDE EXCLUSIVAMENTE OS ATENDIMENTOS EM UNIDADE HOSPITALAR CONFORME DEFINIDO PELA RESOLUÇÃO N.º 10 EDITADA PELO CONSU E CONSTANTES NO ROL DE PROCEDIMENTOS EDITADO PELA ANS, NÃO INCLUINDO ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS PARA FINS DE DIAGNÓSTICO, TERAPIA OU RECUPERAÇÃO.

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

- a) assistência nas doenças infecto-contagiosas;
- b) cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- c) despesas de acompanhante, no caso de pacientes internados menores de 18 (dezoito) anos;
- d) despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, durante o período de internação hospitalar;
- f) fornecimento de medicamentos nacionais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- g) internações em clínica psiquiátrica, para os portadores de transtorno psiquiátrico em situação de crise, limitadas a no máximo 30 (TRINTA) DIÁRIAS POR USUÁRIO POR ANO DE CONTRATO, não cumulativas;
- h) internações, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, limitadas a 15 (QUINZE) DIÁRIAS POR USUÁRIO, POR ANO DE CONTRATO, não cumulativas;
- i) internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar;
- j) internações hospitalares em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- k) remoção terrestre do paciente quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro da abrangência geográfica contratada;
- l) toda e qualquer taxa de serviços hospitalares e de tratamento, incluindo materiais utilizados para os procedimentos previstos neste segmento;

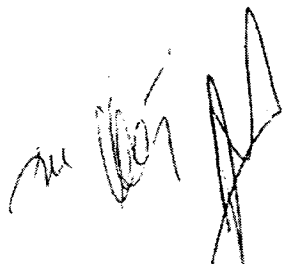
- m) transplantes de rim e córnea e as despesas com os procedimentos com estes vinculados, tais como: as despesas assistenciais com doadores vivos; os medicamentos utilizados durante a internação; o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos ao transplante, EXCETO medicação de manutenção e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
- n) 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;
- o) tratamento de QUEIMADURA, a ser realizado no serviço próprio de queimaduras da UNIMED GOIÂNIA, situado à Rua 9-B, nº 18, Setor Oeste – Goiânia-GO.

1.3 – No SEGMENTO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA é garantida, ainda, a seguinte cobertura:

- a) assistência ao parto normal ou cesárea;
- b) assistência médica e hospitalar durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida, aos recém-nascidos cujo parto tenha sido coberto contratualmente;
- c) assistência nos abortamentos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 123 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;
- d) despesas decórrentes de curetagem pós-aborto e laqueadura de trompas, desde que esta seja determinada exclusivamente em razão de risco de vida materna em futuras gestações, mediante justificativa do médico assistente;
- e) procedimentos relativos ao pré-natal.

1.4 - Serão cobertos, ainda, por este segmento os procedimentos abaixo relacionados, considerados especiais e de continuidade da assistência prestada em internação hospitalar:

- a) embolizações e radiologia intervencionista;
- b) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- c) fisioterapia;
- d) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- e) hemoterapia;
- f) nutrição parenteral ou enteral;
- g) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- h) quimioterapia;
- i) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia.





CLÁUSULA II – DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

2.1 - DO TIPO DE ACOMODAÇÃO HOSPITALAR

2.1.1. - O CONTRATANTE poderá optar 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.

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

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

a) para utilização de acomodação privativa, o grupo familiar terá que cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias;

b) 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.

2.1.4 - 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.

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

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

2.1.7 - As despesas do acompanhante referem-se às refeições e à acomodação de permanência junto ao leito do interno.

2.1.8 - Esta cobertura a que se refere o item anterior não se estende quando da necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva pelo usuário em questão.

2.2 - DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

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

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

2.2.3 - Em casos de internação em que não haja disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados, é garantido ao usuário o acesso a



acomodação superior disponível no momento, sem custo adicional, independente do tipo daquela contratada, retornando à de seu direito logo que fique disponível.

CLÁUSULA III - DAS CONDIÇÕES NÃO COBERTAS

3.1. - Ficam EXCLUÍDOS, também, da cobertura HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, os serviços abaixo relacionados:

- a) CONSULTAS AMBULATORIAIS E DOMICILIARES;
- b) DESPESAS DECORRENTES DE TRANSPORTE DO PACIENTE INTERNADO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES, CUJA REALIZAÇÃO SEJA IMPRATICÁVEL NO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR ONDE SE ENCONTRA INTERNADO;
- c) FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE MANUTENÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS OU DE CÓRNEA;
- d) TRANSPLANTES, EXCETO PARA RINS E CÓRNEA;
- e) TRATAMENTOS E INTERNAÇÕES REALIZADOS ANTES DO INÍCIO DA COBERTURA OU DO CUMPRIMENTO DAS CARÊNCIAS PREVISTAS;
- f) TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS E CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR.

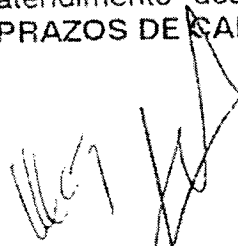
CLÁUSULA IV – DA CO-PARTICIPAÇÃO

4.1 – Quando contratado o segmento hospitalar, será cobrada uma co-participação de 50% para as seguintes situações:

- a) na internação que exceder os 30 (trinta) dias cobertos contratualmente, em hospital psiquiátrico ou em unidade (ou enfermaria) psiquiátrica em hospital geral, nos casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b) na internação que exceder os 15 (quinze) dias cobertos contratualmente, em hospital geral, para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

CLÁUSULA V – DAS CARÊNCIAS

5.1 – Para os contratos com menos de 50 (cinquenta) usuários, o atendimento deste segmento será prestado após o cumprimento dos seguintes PRAZOS DE CARÊNCIA:

de, 



PROCEDIMENTOS	DIAS
COBERTURA AMBULATORIAL NOS CASOS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA	01 (24 HORAS)
OS DEMAIS SERVIÇOS NÃO DEFINIDOS NESTA TABELA, CORRESPONDENTES A ESTE SEGMENTO	030
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	180
PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E HEMODINÂMICA	180
TRANSPLANTES DE RINS E CÓRNEAS	180
HEMODIÁLISE E DIALISE PERITONIAL/CAPD	180
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	180
EMBOLIZAÇÃO E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	180
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA E TRATAMENTOS POR ONDAS DE CHOQUE	180
PARTOS	300

5.2 – Inicia-se a contagem do prazo de carência a partir da inclusão do usuário (titular, dependente ou agregado) no contrato.

5.3 – Serão garantidas as inclusões neste plano **COM APROVEITAMENTO DAS CARÊNCIAS JÁ CUMPRIDAS PELO TITULAR**, observando o prazo máximo de 30 (trinta) dias e o pagamento proporcional da mensalidade a partir da data do evento que confere o direito da inclusão (nascimento, adoção, casamento), **EXCLUSIVAMENTE** para:

- a) O RECÉM-NASCIDO, filho natural ou adotivo do usuário titular;
- b) O FILHO ADOTIVO, menor de doze anos idade;
- c) O CÔNJUGE RECÉM-CASADO com o usuário titular.

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

Goiânia, 20 de Dezembro de 2003.

CONTRATANTE

CONTRATADA
Dra. Iza Pascoal Trevenzol
Diretora de Mercado
Unimed - Goiânia Corretora
de Seguros Ltda

TESTEMUNHAS

CPF 370.110.061-68

CPF 928.53

Dr. Ary Monteiro do Espírito Santo
Vice-Presidente / Dir. Fin. Unimed
Unimed - Goiânia

CÓDIGO		RAZÃO SOCIAL <u>ASSOCIAÇÃO GOIÂNIA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AMIG</u>		CNPJ <u>05029600/0001-04</u>		INSCRIÇÃO ESTADUAL <u>10.354.735.8</u>		REGISTRO NA JUCEG	
NOME DE FANTASIA <u>AGIIR</u>		ENDEREÇO <u>AV. VEREADOR JOSE MONTEIRO Nº 1655</u>		BAIRRO <u>SETOR NEGRÃO DE LIMA</u>		CIDADE <u>GOIÂNIA</u>		RAMAL	
FAX <u>232.3000</u>		ENDEREÇO ELETRÔNICO <u>nhl@crep.org.br</u>		UF <u>GO</u>		CEP <u>74653-250</u>		DDD <u>62</u>	
TELEFONE <u>232.3000</u>		RAZÃO SOCIAL <u>UNIMED GOIÂNIA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO</u>		CNPJ <u>02.476.067/0001-22</u>		INSCRIÇÃO ESTADUAL <u>ISENTO</u>		INSCRIÇÃO ESTADUAL <u>028540-3</u>	
REGISTRO NA JUCEG <u>52.40000326-5</u>		REGISTRO F. <u>382876</u>		CIM <u>232</u>		ENDEREÇO <u>PRAÇA GILSON ALVES DE SOUZA Nº 650 (T-7 ESQ. C/T-1)</u>		BAIRRO <u>SETOR BUENO</u>	
CIDADE - U.F. <u>GOIÂNIA - GO</u>		DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA <u>20/12/2003</u>		VENCIMENTO MENSAL DAS FATURAS DIA <u>20</u>		Nº DE FUNCIONÁRIOS NA EMPRESA <u>280</u>		Nº DE USUÁRIOS NA ATIVIDADE	

Pelo presente contrato, pagará o CONTRATANTE à CONTRATADA, MENSALIDADES no valor de R\$ 4,50 # QUATRO
REAIS E CINQUENTA CENTAVOS por usuário, corrigidas de acordo com o disposto nas condições gerais.

NOME <u>SERGIO DAHER</u>		CARGO <u>SUPERINT. EXECUTIVO</u>	
REGISTRO GERAL <u>140238-2/VIA</u>	ORGÃO EMISSOR/UF <u>DGPC / GO</u>	CPF <u>190.404.581-20</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>08/10/52</u>
TELEFONE <u>232.3000</u>		CARGO <u>SUPERINT. TÉCNICO</u>	
NOME <u>JOÃO ALIRIO TEIXEIRA DA SILVA JUNIOR</u>		CARGO	
REGISTRO GERAL	ORGÃO EMISSOR/UF <u>1</u>	CPF	DATA DE NASCIMENTO <u>1 1</u>
TELEFONE		TELEFONE	

Goiânia, 20 de DEZEMBRO de 2003 Vendedor WAGNER MARQUES

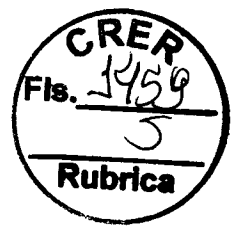
1.1. O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços de transporte e remoção terrestre e/ou aérea em casos de emergência, durante 24(vinte e quatro) horas por dia, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, de acordo com as condições gerais.
1.2. A CONTRATADA obriga-se a prestar toda a assistência aqui contratada aos beneficiários do CONTRATANTE e seus respectivos dependentes devidamente cadastrados.

E, por assim estarem justos e contratados, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinada.

Goiânia, 20 de DEZEMBRO de 2003.

CONTRATANTE
TESTEMUNHAS: NOME: _____
CPF: 285428.75153

CONTRATADA
Dra. Ilza Pascoal Trevenzoni
Unimed - Goiânia Corretora de Seguros Ltda.
NOME: _____
CPF: _____
Vice-Presidente do Espirito Santo Unimed - Goiânia



ÍNDICE

CLÁUSULA I - SERVIÇO DE TRANSPORTE E REMOÇÃO TERRESTRE 2

1.1 - DA COBERTURA 2

1.2 - DO ATENDIMENTO 3

1.3 - DA ABRANGÊNCIA 3

1.4 - DOS CHAMADOS INJUSTIFICADOS 3

1.5 - DA RESPONSABILIDADE 3

CLÁUSULA II - DO SERVIÇO DE TRANSPORTE E REMOÇÃO AÉREA 4

2.1 - DAS CONDIÇÕES GERAIS 4

2.2 - DO ATENDIMENTO 4

2.3 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO 4

2.4 - DA COBERTURA 5

2.5 - DAS RESTRIÇÕES 5

2.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA 6

2.7 - DA RESPONSABILIDADE 6

[Handwritten signatures and initials]



**CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE E
REMOÇÃO EM CASOS DE EMERGÊNCIA - PESSOA JURÍDICA
TRANSPORTE TERRESTRE E AÉREO**

CLÁUSULA I - SERVIÇO DE TRANSPORTE E REMOÇÃO TERRESTRE

1.1 - DA COBERTURA

1.1.1 - Ficam incluídos na cobertura contratada os SERVIÇOS DE TRANSPORTE E REMOÇÃO TERRESTRE, que cobrirá os seguintes quadros clínicos de EMERGÊNCIA:

a) CARDIOVASCULARES:

- Síncopes;
- Arritmias cardíacas graves;
- Edema agudo de pulmão.

b) RESPIRATÓRIOS:

- Insuficiência respiratória aguda;
- Crises asmáticas.

c) NEUROLÓGICOS:

- Convulsões;
- Doença cerebrovascular aguda (derrame);
- Coma de instalação súbita.

d) POR ACIDENTES:

- Traumatismos graves;
- Fraturas com comprometimento sistêmico;
- Traumas com perda da consciência;
- Hemorragias agudas;
- Queimaduras graves e/ou extensas;
- Choques elétricos graves;
- Afogamento.

e) INTOXICAÇÕES EXÓGENAS ACIDENTAIS GRAVES

- Envenenamentos.

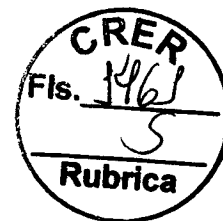
f) ANAFILAXIA GRAVE

- Choque anafilático.

1.1.2 - Incluem-se nesta cobertura o atendimento a qualquer situação clínica aguda que comprometa severamente um ou mais sistemas vitais dos beneficiários.

1.1.3 - O SOS UNIMED não contempla serviços de busca e/ou resgate.

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and initials '24' on the right.



1.2 - DO ATENDIMENTO

1.2.1 - Caracteriza-se situação de primeiros socorros em emergência todo quadro clínico agudo que implique em risco de vida, ou requeira atendimento imediato, a critério do médico que receber o chamado.

1.2.2 - O SOS UNIMED atenderá emergencialmente o usuário e fará sua remoção, se necessário, para uma UNIDADE HOSPITALAR em Goiânia, escolhido pelo usuário ou familiares.

1.2.3 - A remoção será feita em uma ambulância UTI – Móvel com a presença de um médico e enfermeiro devidamente habilitados para o atendimento e a remoção simples.

1.2.4 - O usuário titular, seus dependentes e agregados, terão acesso aos serviços contratados, a partir do dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade.

1.2.5 - O atendimento deverá ser solicitado através da Central de Emergências SOS UNIMED, através do número 212-7766, que permanecerá em funcionamento durante 24 (vinte e quatro horas), ininterruptamente.

1.3 - DA ABRANGÊNCIA

1.3.1 - A abrangência da cobertura do SOS UNIMED compreende o espaço territorial contido em uma circunferência de 50 Km (cinquenta quilômetros) de raio, onde o centro é a sede do SOS, sito à Rua 9B, nº 18, Setor Oeste, nesta Capital.

1.3.2 - As remoções fora da abrangência descrita neste item, poderão ser solicitadas, desde que o usuário CONTRATANTE pague os custos referentes, os quais serão cobrados da seguinte forma:

- a) R\$ 8,00 (oito reais) por km rodado, quando da utilização da UTI Móvel sem respirador;
- b) R\$ 10,00 (dez reais) por km rodado, quando da utilização da UTI Móvel com respirador.

1.4 - DOS CHAMADOS INJUSTIFICADOS

1.4.1 - Se o usuário incorrer em mais de 02(duas) chamadas injustificadas, por não corresponder real nem potencialmente com os quadros clínicos cobertos nesta cláusula e ante a constatação da ausência de emergência, por parte do médico que fez o atendimento, o CONTRATANTE se responsabilizará pelo pagamento dos custos advindos dos serviços prestados, através de fatura emitida pela CONTRATADA.

1.5 - DA RESPONSABILIDADE

1.5.1 - Em todos os casos, a responsabilidade ou obrigação do SOS UNIMED cessará, total e automaticamente, qualquer que seja sua natureza, uma vez assistido e/ou estabilizado o paciente ou no momento em que chegar ao local indicado para seu tratamento hospitalar, passando a ficar aos cuidados do médico que o venha a atender.

3

08/12/03



1.5.2 - A CONTRATADA somente se responsabilizará pela continuidade do tratamento do paciente removido e transportado pela UTI-MÓVEL, no que se refere aos procedimentos contratados.

CLÁUSULA II - DO SERVIÇO DE TRANSPORTE E REMOÇÃO AÉREA

2.1 - DAS CONDIÇÕES GERAIS

2.1.1 - A adesão ao presente contrato pressupõe a autorização explícita do usuário paciente e/ou seus responsáveis, para executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, inclusive cirúrgica, tratamentos e/ou uso de medicamentos, hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente usuário e a boa condução de seu caso clínico/cirúrgico.

2.1.2 - Nenhum ato em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica – Código de Ética Médica será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da CONTRATADA. Usuários pacientes submetidos voluntariamente a tais atos, não terão cobertura de transporte aeromédico, pelo presente contrato.

2.1.3 - Não terão cobertura de transporte aeromédico, pelo presente contrato, usuários pacientes submetidos voluntariamente a tais atos.

2.1.4 - Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica do usuário paciente, deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosféricas, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a tripulação aeromédica, o médico e a enfermagem de bordo, deslocar o paciente usuário ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro, à segurança do voo.

2.2 - DO ATENDIMENTO

2.2.1 - Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente à Central de Atendimento, pelo telefone indicado no cartão do contratante, exclusivamente pelo médico que estiver atendendo ao usuário.

2.2.2 - Caberá à empresa contratada pela Unimed, Goiânia para prestar o serviço de transporte aéreo a definição, pelo tipo de transporte que encaminhará para atendimento, considerando as suas disponibilidades, as condições de aeronavegabilidade e da infra estrutura aeroportuária das regiões envolvidas e a remoção simples, que terá somente o acompanhamento da enfermagem.

2.2.3 - Os transportes aeromédicos serão realizados somente quando a distância entre os dois locais for superior a 50 Km (cinquenta quilômetros) e EXCLUSIVAMENTE na hipótese inter-hospitalares – de um hospital de menos recurso para outro mais próximo que disponha dos recursos necessários para o atendimento, após indicação médica;

2.3 - DO DIREITO AO ATENDIMENTO

2.3.1 - O usuário titular, seus dependentes e/ou agregados terão acesso aos serviços ora contratados, decorridos 60 dias da sua inclusão neste plano.

T:\Lorena\SOSTAMpj.doc

2.4 - DA COBERTURA

2.4.1 - Para atendimento aos serviços ora ampliados, é necessário que o usuário apresente pelo menos um dos seguintes quadros clínicos:

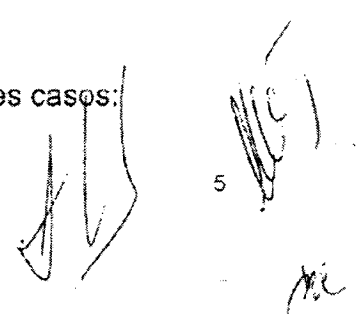
- I. abdome agudo inflamatório;
- II. abdome agudo obstrutivo;
- III. acidente vascular cerebral hemorrágico;
- IV. acidente vascular cerebral isquêmico;
- V. aneurisma abdominal;
- VI. aneurisma cerebral não roto;
- VII. aneurisma torácico;
- VIII. bloqueio átrio-ventricular total;
- IX. cetoacidose diabética;
- X. choque cardiogênico;
- XI. coma hiperosmolar não cetótico;
- XII. complicações da prematuridade;
- XIII. edema agudo de pulmão;
- XIV. embolia pulmonar;
- XV. endocardite aguda;
- XVI. grandes queimados;
- XVII. hemorragia digestiva grave, após estabilização do paciente;
- XVIII. insuficiência renal aguda;
- XIX. insuficiência respiratória aguda;
- XX. pericardite aguda;
- XXI. pneumotórax drenado;
- XXII. politrauma;
- XXIII. sepse;
- XXIV. síndrome coronariana aguda;
- XXV. trauma de abdome;
- XXVI. trauma de tórax;
- XXVII. traumatismo crânio-encefálico;
- XXVIII. traumatismo raqui-medular.

2.5 - DAS RESTRIÇÕES

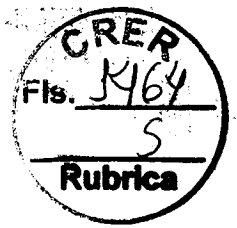
2.5.1 - Não estão incluídos na cobertura desta cláusula, os seguintes casos:

T:\Lorena\SOSTAMPj.doc

5



08/12/03



- I. coma irreversível;
- II. quadro sem possibilidades terapêuticas (fase terminal);
- III. pacientes submetidos a atos médicos experimentais em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica;
- IV. lesões decorrentes de atos voluntários ou tentativas de suicídio;
- V. uso de bebida alcoólica;
- VI. uso voluntário de drogas ilícitas.

2.5.2 - As aeronaves disponibilizadas para o CONTRATANTE não terão peça para próteses, porém estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

2.6 - DA ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DA COBERTURA

2.6.1 - A assistência aeromédica será prestada em todo território brasileiro.

2.6.2 - O transporte ora contratado será assegurado somente quando a localidade de origem do paciente se situar a mais de 50 Km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino.

2.6.3 - Nas demais localidades, o transporte acima aludido será de inteira responsabilidade do usuário paciente e/ou seu(s) responsável(eis) legal(ais).

2.7 - DA RESPONSABILIDADE

2.7.1 - A CONTRATADA não se responsabilizará civil ou criminalmente por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por usuários transportados pela empresa prestadora de serviços contratada, que mantém seguro para cobertura destes sinistros.