

<b>ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, CELEBRADO ENTRE AS PARTES ABAIXO QUALIFICADAS.</b>	<b>N.º 09</b>
--	---------------

**CONTRATANTE:** ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sediada à AV VEREADOR JOSE MONTEIRO, Nº 1655, QD AREA LT AREA, ST NEGRÃO DE LIMA, GOIÂNIA-GO, CEP 74.653-230, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0001-04, doravante denominada **CONTRATANTE RESPONSÁVEL.**

**CONTRATANTE(S) ADERENTE(S):** ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sediada à AV VEREADOR JOSÉ MONTEIRO, Nº 1.655, ANDAR SEGUNDO ANDAR, NEGRÃO DE LIMA, GOIÂNIA-GO, CEP: 74.653-230, e endereço para envio de faturas/correspondências para a (O MESMO), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0002-87, inscrição estadual nº ISENTA, inscrição municipal nº 3868400, tendo como pessoa de contato o(a) Sr(a) JULIANA DE PAULA, fone: (62) 3232-3086, e-mail julianarh@crer.org.br. O contrato passa a ser cadastrado na Unimed Goiânia sob o código nº 6222030-1, com previsão de incluir na adesão inicial a quantidade mínima de 50 beneficiários;

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO -AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sediada à ROD GO 070, SN, KM 05, SANTOS DUMONT, GOIÂNIA-GO, CEP: 74.463-350 e endereço para envio de faturas/correspondências para a (O MESMO), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0003-68, inscrição estadual nº ISENTA, inscrição municipal nº 3868370, tendo como pessoa de contato o(a) Sr(a) JULIANA DE PAULA, fone: (62) 3232-3086, e-mail julianarh@crer.org.br. O contrato passa a ser cadastrado na Unimed Goiânia sob o código nº 6222030-2, com previsão de incluir na adesão inicial a quantidade mínima de 1000 beneficiários;

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO -AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sediada à ROD GO 403, SN, KM 08, COLONIA SANTA MARTA, GOIÂNIA-GO, CEP: 74.735-600 e endereço para envio de faturas/correspondências para a (O MESMO), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0004-49, inscrição estadual nº ISENTA, inscrição municipal nº 3868397, tendo como pessoa de contato o(a) Sr(a) JULIANA DE PAULA, fone: (62) 3232-3086, e-mail julianarh@crer.org.br. O contrato passa a ser cadastrado na Unimed Goiânia sob o código nº 6222030-3, com previsão de incluir na adesão inicial a quantidade mínima de 100 beneficiários.

**CONTRATADA:** UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 02.476.067/0001-22, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob n.º 382876, classificada naquela Agência como cooperativa médica, com sede à Praça Gilson Alves de Souza, n.º 650 (T-7 esq. c/ T-1), Setor Bueno, nesta Capital.

Por este instrumento particular de Aditivo Contratual as partes acima designadas, por seus representantes legais, que a este subscrevem, optam por incluir a(s) empresa(s) acima qualificada(s) como "CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)" ao CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - COLETIVO EMPRESARIAL, denominado "UNIEMPRESA I COOPERATIVO", registrado na Agência Nacional

**Aditivo Contratual**

de Saúde Suplementar – ANS sob os nºs **436.482/01-1 e 436.483/01-0**, celebrado em **20/12/2003**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – A(s) empresa(s) acima qualificada(s) como **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** passa(m) a fazer parte do supracitado contrato, tornando-se nesta oportunidade, ciente(s) de que o contrato ora aditado é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro.

**CLÁUSULA SEGUNDA** - A(s) empresa(s) **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** devidamente qualificada(s), **optam por** contratar os serviços do **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS – UTI MÓVEL TERRESTRE E UTI MÓVEL AÉREA de forma opcional por família.**

**CLÁUSULA TERCEIRA** - As contraprestações pecuniárias do(s) contrato(s) serão pagas pela(s) empresa(s) **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** na forma de pré-pagamento, por intermédio de faturas/notas fiscais e boletos mensais emitidos pela **CONTRATADA**, cujo vencimento estará em consonância com o definido no contrato primitivo celebrado com a **CONTRATANTE RESPONSÁVEL.**

**Parágrafo Primeiro** - Juntamente com as contraprestações pecuniárias do contrato, serão cobrados da(s) **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** os valores provenientes da coparticipação nos procedimentos, bem como quaisquer outras despesas decorrentes do contrato, **devendo ser pago à CONTRATADA**, até a data do seu vencimento.

**Parágrafo Segundo** - Se o **CONTRATANTE ADERENTE** não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à Unimed Goiânia ou retirá-lo através do website [www.unimedgoiania.com.br](http://www.unimedgoiania.com.br), sendo que a **CONTRATADA** disponibilizará para a **CONTRATANTE ADERENTE** login e senha para impressão dos documentos via web, para que não se sujeite às consequências de pagamento de multa e juros moratórios.

**Parágrafo Terceiro** - É obrigação de cada empresa **CONTRATANTE ADERENTE** manter atualizados os seus dados cadastrais junto à **CONTRATADA**, para fins e efeitos das condições contratuais.

**Parágrafo Quarto** - **Todos os valores devidos por parcelas das contraprestações pecuniárias, das coparticipações, agravos, ou quaisquer outras despesas decorrentes do contrato constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após a rescisão do contrato e de responsabilidade da CONTRATANTE ADERENTE.**

**Parágrafo Quinto** - Ocorrendo impontualidade no pagamento das faturas, a **CONTRATANTE ADERENTE** pagará, quando a legislação permitir, juros de mora na razão de **0,033%** (zero vírgula zero trinta e três por cento) calculados diariamente, mais multa de **2%** (dois por cento) após o vencimento.

**CLÁUSULA QUARTA** – A tabela de valores por faixa etária abaixo elencada aplica-se em sua íntegra para a(s) **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** ao contrato ora aditado, sendo estes os valores em vigência na celebração do presente Aditivo Contratual, para o plano optado, sem prejuízo da repactuação de preços das contraprestações pecuniárias futuras.

TABELA DE VALORES VIGENTE		
FAIXA ETÁRIA	Tipo de Acomodação	
	ENFERMARIA	APARTAMENTO
0 a 17	R\$ 131,08	R\$ 164,72
18 a 29	R\$ 131,08	R\$ 164,72
30 a 39	R\$ 131,08	R\$ 164,72



**Aditivo Contratual**

<b>40 a 49</b>	<b>R\$ 131,08</b>	<b>R\$ 164,72</b>
<b>50 a 59</b>	<b>R\$ 131,08</b>	<b>R\$ 164,72</b>
<b>60 a 69</b>	<b>R\$ 521,71</b>	<b>R\$ 655,55</b>
<b>70 acima</b>	<b>R\$ 706,91</b>	<b>R\$ 888,23</b>

**CLÁUSULA QUINTA** - Para as negociações de repactuação de preços das contraprestações pecuniárias do contrato ora aditado será considerado o histórico do confronto entre as receitas e despesas advindas da população de todas as empresas **CONTRATANTES** que participam dos contratos celebrados com a **CONTRATANTE RESPONSÁVEL**, observado o disposto nas condições gerais.

**CLÁUSULA SEXTA** - A data de celebração do contrato primitivo com a **CONTRATANTE RESPONSÁVEL** é considerada como **DATA BASE** para efeito da repactuação dos preços das contraprestações pecuniárias do contrato ora aditado, e, independente do momento em que nova empresa venha a fazer parte do presente contrato, a repactuação de preços será efetuada na **DATA BASE**, para todo grupo de **CONTRATANTE(S)** deste contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA** - A(s) empresa(s) **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** outorgam através deste, amplos poderes aos responsáveis pela empresa **ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR**, qualificada como **CONTRATANTE RESPONSÁVEL** no contrato ora aditado, para atuar como **REPRESENTANTE** junto à **CONTRATADA** na negociação das repactuações de preços das contraprestações pecuniárias de todo grupo de empresas **CONTRATANTES**, podendo ainda transigir, firmar compromisso ou acordo, substabelecer, velando pelo bom e fiel cumprimento deste contrato.

**CLÁUSULA OITAVA** - Para efeito das **Carências** do contrato ora aditado, bem como da **Cobertura Parcial Temporária - CPT**, considerar-se-á o somatório de todos os beneficiários inscritos pelas empresas **CONTRATANTES**, sendo que, na ocorrência da saída de qualquer **CONTRATANTE** deste plano, esta se declara ciente de que, para celebração de contrato separadamente com a **CONTRATADA**, seus respectivos beneficiários terão o aproveitamento apenas dos períodos de carência e CPT cumpridos quando da participação neste plano, devendo, portanto, cumprir os demais períodos de carências exigidos no contrato, conforme Lei 9.656/98 e suas regulamentações.

**CLÁUSULA NONA** - As informações acerca dos beneficiários permitidos no contrato, coberturas contratuais e exclusões, duração do contrato, períodos de carência, doenças e lesões preexistentes, cobertura parcial temporária, atendimento em casos de urgência e emergência, remoção e reembolso, mecanismos de regulação do atendimento, formação de preço e mensalidade, reajuste, faixas etárias, regras para instrumentos jurídicos de planos coletivos, condições da perda da qualidade de beneficiário, rescisão, serviços e coberturas adicionais, e serviços e coberturas opcionais estão dispostas nas condições gerais do contrato ora aditado.

**CLÁUSULA DÉCIMA** - No ato da celebração do presente Aditivo Contratual, as **CONTRATANTE(S) ADERENTE(S)** dá(ão) ciência do recebimento de 1 (uma) cópia do contrato primitivo, aditivos e suas condições gerais, concordando na íntegra com todo o seu conteúdo.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** - Cabe à **CONTRATADA** o direito de suspensão ou rescisão imediata e unilateral quando de dolo ou fraude comprovada e em casos de total inexistência de beneficiários cadastrados por **CONTRATANTE ADERENTE**.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - O atraso no pagamento da mensalidade, por quaisquer das **CONTRATANTES**, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito dos beneficiários titulares e de seus dependentes, a qualquer cobertura, sendo que a inadimplência de uma **CONTRATANTE** não irá interferir no atendimento da outra.



**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA** - Após a vigência inicial obrigatória de 12 (doze) meses, qualquer uma das Partes – CONTRATANTE(S) ADERENTE(S) e CONTRATADA - poderá rescindir a adesão ao contrato primitivo imotivadamente, mediante prévia comunicação da parte solicitante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias a contar do vencimento da mensalidade.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA** – Quaisquer da(s) CONTRATANTE(S) ADERENTE(S) poderá ainda rescindir sua adesão dentro do prazo de vigência inicial, desde que esteja em dia com as suas obrigações financeiras advindas desta adesão, e acate o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial de sua adesão.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a rescisão da adesão contratual da CONTRATANTE ADERENTE inadimplente após prévia notificação até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora.

**Parágrafo Primeiro** - Na ocorrência de rescisão contratual motivada pela inadimplência de quaisquer da(s) CONTRATANTE(S) por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, no decorrer dos 12 (doze) meses de vigência inicial de sua adesão ao contrato, contados a partir de sua assinatura, será efetuada pela CONTRATADA a cobrança de multa rescisória no valor de 50% (cinquenta por cento) do valor restante das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo de vigência inicial, tendo como base a média per capita das mensalidades pagas até a efetiva rescisão contratual.


**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** – Caso o contrato primitivo celebrado com a CONTRATANTE RESPONSÁVEL venha ser cancelado por quaisquer motivos, o contrato continuará subsistindo para o(s) CONTRATANTE(S) ADERENTE(S) de todos os contratos, desde que seja designada uma nova CONTRATANTE RESPONSÁVEL dentre as CONTRATANTES existentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA** - É de responsabilidade da(s) CONTRATANTE(S) ADERENTE(S), no caso de rescisão deste contrato ou de sua adesão, recolher e devolver os respectivos cartões magnéticos de identificação da contratada.

**CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA** - Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do contrato primitivo celebrado com a **CONTRATANTE RESPONSÁVEL**, não conflitantes com este termo aditivo.

E por estarem assim justos e contratados assinam o presente termo aditivo na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surtam todos os efeitos legais, sendo entregue neste ato 1 (uma) via de igual teor e forma para cada **CONTRATANTE ADERENTE** deste contrato.

Goiânia, 20 de novembro de 2015.

  
Sérgio Daher  
Superintendente Executivo - AGIR  
ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR  
CONTRATANTE RESPONSÁVEL  
05.029.600/0001-04

  
Sérgio Daher  
Superintendente Executivo - AGIR  
ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR  
CONTRATANTE ADERENTE  
05.029.600/0002-87



Aditivo Contratual

*Sergio Daher*  
 Superintendente Executivo - AGIR  
 CRM 2511  
**ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR**  
**CONTRATANTE ADERENTE**  
**05.029.600/0003-68**

*Sergio Daher*  
 Superintendente Executivo - AGIR  
 CRM 2511  
**ASSOCIAÇÃO DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO-AGIR**  
**CONTRATANTE ADERENTE**  
**05.029.600/0004-49**

*Afrânio Ferreira da Silva*  
 Síndico de Mercado  
 Goiânia - ADM  
 Unimed

**UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS**

*Adriane Marques Mendes*  
 CPF: 819.807.741-00  
 RG: 3554627-8945306-SSP- GO

*Sérgio Roberto Correa*  
 CPF: 690.436.507-61  
 RG: 344377-DGPC GO



*[Handwritten signature]*



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

**FAÇO A OPÇÃO**, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado **"UNIEMPRESA I COOPERATIVO"**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **"436.482/01-1 e 436.483/01-0"**, por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

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

Goiania, 20 de *novembro* de 2015.

**Sérgio Daher**  
Superintendente Executivo - AGIR

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR  
05.029.600/0002-87  
**CONTRATANTE**

**Afrânio Ferreira da Silva**  
Gerente de Mercado  
Unimed Goiania - ADM

Unimed Goiania Cooperativa de Trabalho Médico  
**CONTRATADA**

Testemunhas:	
1-	2-
<p><b>Adriane Marques Mendes</b> CPF: 818.817.741-00 RG: 3554627-8846306 SSP-GO assinatura</p>	<p><b>Sérgio Roberto Correia</b> CPF: 443.393.004-63 RG: 3443317 DEPC GO assinatura</p>
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:



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

**FAÇO A OPÇÃO, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado "UNIEMPRESA I COOPERATIVO", registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº "436.482/01-1 e 436.483/01-0", por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.**

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

Goiânia, 20 de *novembro* de 2015.



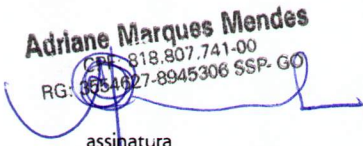
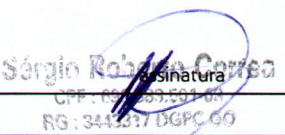
**Sérgio Daher**  
Superintendente Executivo - AGIR

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR  
05.029.600/0004-49  
**CONTRATANTE**



**Adriano Ferreira da Silva**  
Gerente de Mercado  
Unimed Goiânia

Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico  
**CONTRATADA**

Testemunhas:	
1-	2-
 <b>Adriane Marques Mendes</b> CPF: 818.807.741-00 RG: 3034027-8945306 SSP- GO assinatura	 <b>Sérgio Roberto Correia</b> assinatura CPF: 052.293.501-83 RG: 344237 DGPC GO
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:







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


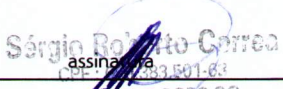
**FAÇO A OPÇÃO**, por expressão de minha livre e espontânea vontade, pela celebração do contrato de assistência à saúde denominado **"UNIEMPRESA I COOPERATIVO"**, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **"436.482/01-1 e 436.483/01-0"**, por atender melhor aos nossos interesses e necessidades.

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

Goiânia, 20 de *novembro* de 2015.

  
**Sérgio Daher**  
 Superintendente Executivo - AGIR  
 ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR  
 05.029.600/0003-68  
**CONTRATANTE**

  
**Antônio Ferreira da Silva**  
 Gerente de Mercado Unimed Goiânia - ADM  
 Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico  
**CONTRATADA**

Testemunhas:	
1-  <b>Adriano Marques Mendes</b> CPF: 818.807.741-00 RG: 3554827-8945306 SSP GO assinatura	2-  <b>Sérgio Roberto Correa</b> CPF: 34433501-63 RG: 3443317 DGPC GO assinatura
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:

