



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES
UNIMED CO - PARTICIPAÇÃO/CONSULTA
EMPRESARIAL ENFERMARIA/APARTAMENTO
PLANO AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO
PROTOCOLO PROVISÓRIO SUSEP N.º: 34.208
PROTOCOLO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE N.º: 415.969/99-1 415.970/99-5

I - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATO

TIPO: CO-PARTICIPAÇÃO/4ª CONSULTA
MODALIDADE: PRÉ PAGAMENTO FATURA

NUMERO: 2809

II - QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

CONTRATANTE

EMPRESA: CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO ESTADO DE MT -CEPROMAT
CGC: 15.011.059/0001-52 INSC: Isento

ENDEREÇO: Centro Político Administrativo, s/n.º Bloco Seplan

BAIRRO: CPA

TELEFONE: (065) 644-2577

CIDADE-UF: Cuiabá - MT

CEP: 78.070-000

REPRESENTANTE: Geraldo Tanamati

CPF: 281.456.909-00

CARGO: Diretor Presidente

REPRESENTANTE: José Marques Braga

CPF: 181.746.711-53

CARGO: Diretor Administrativo

CONTRATADA

EMPRESA: UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
CGC: 03.533.726/0001-88 INSCR. EST.: 13.156.709-8

ENDEREÇO: Rua Barão de Melgaço, nº 2.713

BAIRRO: Centro Sul

CIDADE: Cuiabá-MT

CEP: 78.020-800

TELEFONE: (065) 612-3100

REPRES.: Alencar Farina

CPF: 161.771.002-44

CARGO: Presidente

RG.: 716.932-SSP/MT

REPRES.: Mário Favalessa

CPF: 249.908.257-72

CARGO: Diretor Tesoureiro

RG.: 21.3091-SSP/MT



ADITIVO CONTRATUAL

Por este instrumento particular de adição contratual, de um lado **UNIMED CUIABÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, CGC: 03.533.726/0001-88 e de outro, **CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS DO ESTADO DE MATO GROSSO - CEPROMAT**, CGC: 15.011.059/0001-52, ajustam entre si o Contrato n° 2.039, para modificá-lo como a seguir:

ALTERAR:

O ITEM 1.1. DA CLÁUSULA I – OBJETO

1.1.- O objeto deste Contrato é a prestação de serviços, exclusivamente nos termos de cobertura e condições previstas no artigo 12º, incisos I, II e III, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares, no Estado de Mato Grosso, ou ainda, a nível nacional, em localidades onde existir e por intermédio de Singular UNIMED (com exceção dos Hospitais de Tabela Própria / Alto Custo), para os eventos mórbidos, aleatórios e independentes da vontade humana que os possam atingir.

O ITEM 14.2 DA CLÁUSULA XIV – CARÊNCIAS

14.2 - Enquanto não cumpridos os prazos de carências acima estipulados, não serão autorizados quaisquer procedimentos. Entretanto, para os usuários transferidos do Contrato n.º: 0565, serão aproveitados os prazos de carências porventura cumpridas naquele instrumento, excetuando-se os acréscimos de cobertura ao plano anterior decorrentes e previstos no artigo 35, da Lei 9.656, de 03.06.98, dentre outros:

- Cineangiocoronariografia;
- Cirurgia Cardíaca;
- Cirurgia Oncológica;
- Dieta Enteral e Naso Enteral;
- Diálise e Hemodiálise;
- Fotocoagulação a Laser;
- Litotripsia;
- Medicina Intervencionista;
- Prótese e Órtese;
- Radioterapia e Quimioterapia;
- Ressonância Magnética;
- Transplantes de Córnea e Rim;
- UTI/CTI.

O ITEM 15.1 DA CLÁUSULA XV – PREÇOS

15.1.- Os valores correspondentes a contra prestação dos serviços previstos contratualmente, são os constantes nos Anexos I e II, que são partes integrantes deste instrumento.

OS ITENS 16.1. E 16.2.1 DA CLÁUSULA XVI – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1.- INSCRIÇÃO: Para os usuários inscritos na 1ª movimentação, ou seja, no ato da assinatura do contrato, o valor da taxa de inscrição será de R\$ 6,00. Após essa data o valor passará a ser o previsto contratualmente.

16.2.1. - PRÉ PAGAMENTO FATURA: Será emitida uma fatura à CONTRATANTE, com vencimento para o dia 20 de cada mês e cuja importância será obtida da soma dos valores devidos por cada usuário inscrito.

CO-PARTICIPAÇÃO

Além da mensalidade, o usuário ao necessitar de atendimento para consulta a partir da 4ª consulta, deverá contribuir – pagar – para a Contratada – o valor correspondente a 50% (cinquenta por cento) para o procedimento “Consulta”, previsto na Tabela da AMB/92, importância essa que hoje corresponde à R\$ 15,00 (quinze reais), que será cobrada em carnê/fatura posterior com a discriminação dos usuários - código de cadastro – utilizadores desse serviço.

ACRESCENTAR:

A LETRA “C” À CLÁUSULA II – USUÁRIOS

c) **AGREGADOS:** Todas as demais pessoas incluídas como dependentes do titular e não relacionadas na letra “b”.

OS ITENS 14.3. E 14.4. À CLÁUSULA XIV – CARÊNCIAS

14.3 – Para os usuários transferidos do Contrato n.º: 0565, que não possuem a cobertura para os procedimentos relacionados abaixo, será concedido um abatimento de 60 (sessenta) dias nos prazos das carências correspondentes:

- Cineangiocoronariografia; ✓
- Cirurgia Cardíaca; ✓
- Cirurgia Oncológica; ✓
- Dieta Enteral e Naso Enteral ✓
- Diálise e Hemodiálise; ✓
- Fotocoagulação a Laser; ✓
- Litotripsia; ✓
- Medicina Intervencionista; ✓
- Prótese e Órtese; ✓
- Radioterapia e Quimioterapia; ✓
- Ressonância Magnética; ✓
- Transplantes de Córnea e Rim; ✓
- UTI/CTI. ✓



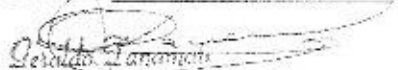
UNIMED CUIABÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Rua Barão de Melgaço, nº 2.713 - Centro - Cuiabá-MT - Cep: 78.020-800

Telefone: (065) 612-3100 / Fax: 612-3144 - Central de Atendimento: 612-3901

Por estarem assim, justas e contratadas, as partes assinam o presente aditivo, em 02 (duas) vias de igual teor, para que produza seus efeitos legais.

Cuiabá, 01 JAN 2000


Geraldão Tanomoni


Diretor Presidente

CEPROMAT


José Francisco Braga

Diretor de Administração

e Finanças


Flávia Maria Leão

Diretora Técnica

CEPROMAT

CONTRATANTE



CONTRATADA

Testemunhas:





INTRODUÇÃO

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

CLÁUSULA I - OBJETO

1.1.- O objeto deste Contrato é a prestação de serviços, exclusivamente nos termos de cobertura e condições previstas no artigo 12º, incisos I, II e III, da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, exames complementares e serviços auxiliares, no Estado de Mato Grosso, ou ainda, em casos de Urgência e Emergência, a nível nacional, em localidades onde existir uma Singular UNIMED, para os eventos mórbidos, aleatórios e independentes da vontade humana que os possam atingir.

1.2.- Será de 25 o número mínimo de usuários exigidos para celebração e manutenção deste contrato.

1.3.- O presente Contrato se caracteriza pela **CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO DE PESSOAS FÍSICAS** com ou sem grupo familiar, vinculadas a uma Pessoa Jurídica, compreendendo o Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

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

a) **Plano de Contratação Coletiva por Adesão** – entende-se como aquele que presta Assistência a Saúde de contratação Coletiva, por adesão apenas espontânea e opcional de Empregados, Associados ou Sindicalizados de uma referida Pessoa Jurídica.

CLÁUSULA II – USUÁRIOS

Serão aceitos como usuários para fins deste Contrato:

a) **TITULAR**

Diretor, sócio, funcionário ou associado, com vínculo que justifique sua filiação à **CONTRATANTE**.

b) **DEPENDENTES**

1. Cônjuge;

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

3. Filhos solteiros até 24 anos;

3.1. É obrigação do Titular, na ocorrência de casamento dos filhos ou quando estes atingirem a idade de 25 anos, promover junto à **CONTRATADA** – via **CONTRATANTE** – as respectivas exclusões;

4. Equiparam-se aos filhos:

4.1. Os enteados;

4.2. O menor que esteja sob guarda do titular por decisão judicial.

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

CLÁUSULA III - ACOMODAÇÃO

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

3.2. - A CONTRATADA admitirá a transferência de usuários de um plano com acomodação em enfermaria para outro com acomodação em apartamento, ficando, contudo, nos casos em que houver necessidade de internação, sujeitos a novos prazos de carências, conforme estabelecidos na Cláusula XIV - Carências. Durante o novo período de carência, as internações continuarão sendo permitidas na acomodação enfermaria, desde que, os usuários já tenham cumprido as carências respectivas.

3.3. - Em caso de internação, o usuário poderá optar por acomodação superior ao seu plano de saúde, cabendo-lhe, porém, a responsabilidade de efetuar, através de livre e antecipada negociação, o pagamento das diferenças de preços nas diárias hospitalares e honorários médicos, diretamente aos hospitais e médicos envolvidos.

CLÁUSULA IV - CADASTRAMENTO

4.1. - O cadastramento dos usuários será efetivado a pedido da CONTRATANTE, mediante apresentação da Ficha de Cadastro devidamente preenchida, bem como, de documentação comprobatória de filiação e parentesco, e ainda, declaração de saúde.

4.2. - As Fichas de Cadastro deverão ser encaminhadas à CONTRATADA, até o último dia útil da primeira quinzena de cada mês, sendo que as exclusões, inclusões e alterações somente ocorrerão no mês seguinte ao da apresentação da Ficha Cadastral.

4.3. - A utilização dos serviços previstos neste Contrato dependerão sempre da apresentação da Cédula de Identidade do usuário, acompanhada do Cartão Magnético Unimed.

4.4 - Quando por motivo de casamento, nascimento ou adoção de menor de 12 (doze) anos, ocorrer a inclusão do respectivo dependente - no prazo máximo de até 30 dias do evento - este ficará sujeito apenas às carências que porventura o titular estiver cumprindo.

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

4.6. - É obrigação da CONTRATANTE, no caso de exclusão de usuários ou rescisão contratual, recolher e devolver os respectivos Cartões Magnéticos de Identificação, bem como, qualquer documentação em posse da CONTRATADA.



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

4.8. - Considera-se uso indevido qualquer dano ou despesa que resulte da utilização incorreta ou fraudulenta desses documentos pelo usuário e seus dependentes ou por terceiros. A ocorrência do uso indevido acarretará a exclusão imediata e em caráter irrevogável dos usuários, não lhes sendo permitidas aquisições de novos Contratos. A tentativa de utilização indevida, mesmo não consumada, implicará em idêntica aplicação da pena prevista neste item.

4.9. - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE obriga-se a participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, sob pena de arcar com as possíveis despesas decorrentes na forma do item 4.7. desta cláusula.

CLÁUSULA V - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

5.1. - Da inclusão de usuários com doenças ou lesões preexistentes:

5.1.1 - Quando a CONTRATANTE possuir participantes inscritos no Plano, em número inferior a 50 (cinquenta) usuários, será exigida neste Contrato, a condição de agravo ou cobertura parcial temporária (carência de 24 meses), cabendo ao usuário, mediante assinatura de Termo Aditivo, escolher entre as duas opções apresentadas acima, a que melhor lhe convier.

"GLOSSÁRIO"

"AGRAVO" - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao Plano de Saúde;

"COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA" - aquela que admite num prazo determinado - até 24 meses - a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

5.1.2 - Quando a CONTRATANTE possuir participantes inscritos no Plano, em número igual ou superior a 50 (cinquenta) usuários, não será exigida neste Contrato, a condição de agravo ou cobertura parcial temporária (carência de 24 meses).

5.1.3 - Quaisquer que sejam as modalidades previstas nos itens "5.1.1" ou "5.1.2", no tocante ao número de usuários, será exigida, neste Contrato, o cumprimento das carências previstas na cláusula XIV.

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

CLÁUSULA VI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DE PERMANÊNCIA NO PLANO

6.1.- Ao usuário que contribuir para o presente Plano de Saúde, em caso de rescisão de contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter a sua condição de usuário beneficiário do plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do seu contrato de trabalho, e desde que, assuma o pagamento integral da mensalidade devida, observando-se as seguintes condições:

- a) O período de manutenção da condição de usuário do Plano de Saúde a que se refere o item 6.1, será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência no Plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, extensivo tal benefício, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
- b) Em caso de morte do usuário titular, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos à época do evento, nos termos do disposto nesta cláusula.
- c) A condição de permanência no Plano de Saúde prevista no item 6.1, deixará de existir quando da admissão do usuário titular em novo emprego.

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

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

- a) Em caso de morte do usuário titular, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes inscritos à época do evento, nos termos do disposto nesta cláusula.
- b) A condição de permanência no Plano de Saúde prevista nos itens 6.2 e 6.3, deixarão de existir

CLÁUSULA VII - COBERTURA CONTRATUAL

7.1.- A CONTRATADA, obriga-se, nos termos do artigo 12º., incisos I, II e III, da Lei 9.656, de 03.06.98, e Resolução nº. 10 - artigos 4º e 5º - do CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU - no que cabe ao presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAL/HOSPITALAR/OBSTÉTRICO - a prestar aos usuários inscritos, conforme as cláusulas e condições previstas neste contrato - excetuando-se os itens da cláusula XII - assistência médica por médicos cooperados em consultórios, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, devidamente credenciados, serviços de assistência médica, hospitalar, ambulatorial e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a saber:

7.2.- ESPECIALIDADES MÉDICAS

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

7.3.- SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

7.3.1.- Somente serão cobertos e autorizados os exames complementares de diagnóstico e tratamento, desde que, previamente autorizados pela CONTRATADA e solicitados por médicos cooperados, com previsão expressa no Rol de Procedimentos do CONSU - Resolução nº. 10 - Publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, em 04.11.98.

a) EXAMES DE ROTINAS

São considerados exames de rotinas:

- Análises Clínicas;
- Radiologia Simples.

b) EXAMES ESPECIALIZADOS

São considerados exames especializados:

- Todos os demais exames previstos no Rol de Procedimentos do CONSU, com exceção dos indicados na letra "a" do item 7.3.1.

7.4.- INTERNACÕES

7.4.1.- Somente serão autorizadas internações hospitalares quando solicitadas e acompanhadas por médicos cooperados, excetuando-se o disposto no item 7.4.3, letra "a", desta cláusula.

7.4.2.- INTERNACÕES PROGRAMADAS (ELETIVAS)

Somente serão autorizadas internações hospitalares - Programadas ou Eletivas - na área de abrangência deste Plano de Saúde, ou seja, no estado de Mato Grosso - mediante apresentação da Guia de Internação solicitada por médico cooperado, com indicação dos códigos da AMB e CIIJ, devidamente autorizados pela CONTRATADA.

7.4.3.- INTERNACÕES DE URGÊNCIAS

- a) Nos atendimentos de urgência/emergência, havendo ou não internação, os serviços serão prestados, obrigatoriamente, pelos médicos plantonistas. Caso o usuário faça opção por outro médico cooperado, os honorários do mesmo, serão de sua inteira responsabilidade.
- b) O usuário internado em caráter de urgência/emergência, ou quem por ele responda, se obriga a apresentar à CONTRATADA a solicitação de internação expedida pelo médico assistente, no 1º dia útil seguinte ao evento, para análise e autorização, se coberto o procedimento, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

7.4.4.- PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO

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

7.5.- PROCEDIMENTOS:

- a) Consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- c) Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- d) Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- e) Despesas referentes a honorários médicos;
- f) Serviços de enfermagem e alimentação durante o período de internação;
- g) Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- h) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- i) Despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- j) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente;



k) Nos casos de transtornos psiquiátricos que necessitem de internação o presente contrato terá cobertura para:

- Estando o paciente em crise, 30 (trinta) dias de internação por ano contrato, em hospital psiquiátrico ou unidade de enfermagem psiquiátrica de hospital geral.
- Na intoxicação ou abstinência (dependência química), 15 dias de internação por ano contrato, em hospital geral.

7.6. - A CONTRATADA reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, descredenciar médicos, laboratórios e qualquer outra entidade, a seu exclusivo critério, objetivando aprimorar o padrão de atendimento, com exceção dos estabelecimentos hospitalares, quando a substituição somente poderá ser efetivada mediante prévia notificação aos Contratantes e ao Ministério da Saúde, com prazo de 30 (trinta) dias, ressalvando-se os casos decorrentes de rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

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

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

7.7. - A CONTRATADA fornecerá a CONTRATANTE:

Guia Médico onde constarão:

- a) Relação dos médicos cooperados com indicação de suas especialidades e endereço de seus consultórios, bem como, Lista das Singulares Unimeds a nível nacional;
- b) Relação de serviços Ambulatoriais, Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento e entidades hospitalares, próprios e credenciados, inclusive os seus endereços;
- c) Resolução nº. 2, de 03.11.98, do CONSU.

CLAUSULA VIII - TRANSPLANTES

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

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

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

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

CLÁUSULA IX - ATENDIMENTO FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO

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

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

9.2.- Caso existam diferenças nos valores cobrados, estes serão de inteira responsabilidade da CONTRATANTE.

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

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

9.5.- Este contrato não prevê a autorização de internações e/ou cirurgias em Hospitais que utilizem Tabela Própria - Alto Custo - inclusive os relacionados abaixo:

LOCAL	HOSPITAIS
BAHIA	Hospital Aliança; Hospital Português; Hospital Espanhol; Hospital Santo Amaro; Hospital São Raphael; Pro Baby; Hospital Sagrada Família; Hospital Santa Isabel
PERNAMBUCO	Hospital Santa Joana; Hospital Albert Sabin; Hospital Memorial São José e HOPE



RIO DE JANEIRO	Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico; Clínica Bambina Lt; Clínica Sorocaba; Casa de Saúde Santa Lúcia; Clínica Pediátrica da Barra Ltda; Hospital de clínicas Rio Mar Barra Lt; Hospital de Amparo Feminino; Sociedade Beneficente Israelita Rio de Janeiro; Prontocor Pronto Socorro e Clínica Cardiológica
RIO GRANDE DO SUL	Hospital Mãe de Deus e Hospital Moinhos de Vento
SÃO PAULO	Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês, Nove de Julho, Incor e Associação Sanatório Sírio - Hospital do Coração, A. C. Camargo, Beneficência Portuguesa, Santa Catarina, Santa Izabel, P.S. Infantil Sabará, São Camilo, Casa de Saúde Santa Rita, Santa Juana

CLÁUSULA X - REEMBOLSO

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

- O prazo máximo para a apresentação dos documentos comprobatórios a referendar o pedido de reembolso, será de 90 (noventa) dias contados da data do evento.
- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da apresentação do pedido.
- O pedido de reembolso deverá ser obrigatoriamente acompanhado dos seguintes documentos em seus originais:
 - Relatório do Médico Assistente.
 - Conta hospitalar e relatório das despesas com todos os procedimentos e os respectivos Honorários Médicos.
 - Notas Fiscais e Recibos dos Serviços prestados.

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

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

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

[Handwritten signatures]



CLÁUSULA XI - REMOÇÃO INTER - HOSPITALAR

11.1.- Na superveniência de casos - em que o usuário internado - efetivamente exija recursos técnicos e humanos superiores ao que dispõe a entidade hospitalar em apreço, desde que, atestado pelo médico assistente, a Contratada obriga-se a promover a sua transferência para outro hospital mantenedor de convênio com esta, na sua área de abrangência e nos precisos termos deste Contrato, ou ainda, onde existir uma Singular Unimed, sem nenhum ônus adicional para o paciente.

CLÁUSULA XII - SERVIÇOS NÃO COBERTOS PELO CONTRATO

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

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, bem como, Medicina Ortomolecular e Mineralograma de Cabelo;
- b) Consultas, Serviços de Enfermagem e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- c) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como, órteses, próteses para o mesmo fim;
- d) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- e) Inseminação artificial e Procedimentos de Esterilização;
- f) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- h) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- i) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- j) Transplantes, excetuando-se os de córnea e rim;
- k) Exames Admissionais, Demissionais e Periódicos, relativos à medicina ocupacional e Acidentes do Trabalho;
- l) Tratamentos em Clínicas de Emagrecimento, Clínicas de Repouso, Estâncias Hidrominerais, Clínicas para acolhimento de idosos e Internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- m) Procedimentos ligados a Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, consulta ou tratamento em Psicologia, Nutricionista (exceto quando internado);
- n) Procedimentos Odontológicos, ainda que decorrentes de acidente pessoal, exceto cirurgias buco-maxilo-facial, que necessite de ambiente hospitalar.

12.2. - A cirurgia plástica restauradora só terá cobertura contratual quando efetuada, unicamente, para a restauração de funções em órgãos, membros e regiões, decorrentes de acidentes pessoais, desde que, não seja para fins estéticos.

CLÁUSULA XIII - DIVERGÊNCIAS MÉDICAS

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

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

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

CLÁUSULA XIV - CARÊNCIAS.

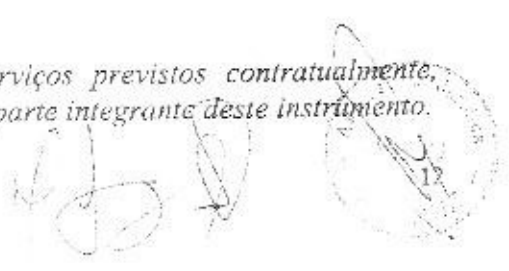
14.1- Todos os usuários, a partir da data de sua inclusão no Plano de Saúde, cumprirão obrigatoriamente os seguintes prazos de carência:

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

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

CLÁUSULA XV - PREÇOS

15.1. - Os valores correspondentes a contra prestação dos serviços previstos contratualmente, inclusive com co-participação, são os constantes no Anexo I, que é parte integrante deste instrumento.



CLÁUSULA XVI - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16

Os serviços previstos neste contrato serão remunerados da seguinte forma:

16.1. - INSCRIÇÃO

Pelo cadastramento de cada usuário, serão cobrados os custos administrativos conforme Anexo I, a serem pagos mediante emissão de fatura ou carnê.

16.2. - MENSALIDADE

16.2.1. - PRÉ PAGAMENTO FATURA: Será emitida uma fatura à CONTRATANTE, com vencimento para o dia 10 de cada mês e cuja importância será obtida da soma dos valores devidos por cada usuário inscrito.

16.2.2. - PRÉ PAGAMENTO CARNÊ: Será emitido um carnê nominal a cada titular, com vencimento para o dia 10 de cada mês e cuja importância corresponderá à soma dos valores devidos por este, e seus dependentes.

16.3. - FORMA DE COBRANÇA

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

16.4. - PAGAMENTO EM ATRASO

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

16.5. - DA SUSPENSÃO OU DENÚNCIA UNILATERAL DO CONTRATO.

O atraso no pagamento das mensalidades por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, e mediante notificação prévia devidamente comprovada do usuário até o quinquagésimo dia de inadimplência, acarretará a rescisão contratual ou exclusão do usuário por inadimplência, excetuando-se os casos de fraude, quando então a rescisão será imediata.

Não serão admitidas neste Contrato, a suspensão ou a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do usuário titular do Plano.

16.6. - REAJUSTE

Os preços ora pactuados serão reajustados anualmente, após 12 (doze) meses da data do início do Contrato, conforme legislação vigente, observando-se ainda o aumento dos custos médicos e hospitalares, em especial a Tabela de Honorários Médicos - TAMB - Tabelas dos Hospitais de Mato Grosso, ou ainda, a utilização excessiva de serviços, que comprometam a estabilidade econômica financeira do Contrato.

CLÁUSULA XVII - VIGÊNCIA

17.1. - A duração do presente Contrato será por prazo indeterminado, começando a vigorar a partir de 10/11 JAN 2000, podendo ser rescindido por qualquer das partes, observadas as disposições contratuais, mediante prévio aviso de trinta dias, por escrito, e a devolução, por parte da CONTRATANTE, dos Cartões Magnéticos e outros documentos análogos, fornecidos pela CONTRATADA.



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

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

CLÁUSULA XVIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

18.5. - É responsabilidade da CONTRATANTE notificar a CONTRATADA, qualquer alteração em seus dados cadastrais, bem como, de seus usuários.

[Handwritten signatures and a circular stamp]

CLÁUSULA XIX - FORO

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

19.2. - E por estarem justas e contratadas as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor na presença das testemunhas abaixo:

011 JAN 2000

Cuiabá - MT, _____


Geraldão Tanamati
Diretor Presidente
CEPROMAT


José Marques Braga
Diretor de Administração
e Finanças


Flávia Nunes Leixeira
Diretora Técnica
CEPROMAT

CONTRATANTE



CONTRATADA

Testemunhas:



ANEXO I

VALORES PRÉ PAGAMENTO - FATURA

PLANO A ENFERMARIA	PLANO B APARTAMENTO
R\$ 40,00	R\$ 52,00
TAXAS ADMINISTRATIVAS	
INCLUSÃO	ALTERAÇÃO /2ª VIA DE CARTÃO
R\$ 12,00	R\$ 4,00

CO - PARTICIPAÇÃO

Além da mensalidade, o usuário ao necessitar de atendimento, deverá contribuir- pagar - para a Contratada, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado, antecipadamente à Contratada.

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas	50% por consulta a partir da 4ª consulta

[Handwritten signatures and stamps]

ANEXO II

VALORES AGREGADOS PRÉ PAGAMENTO - FATURA/CARNÊ		
FAIXA ETÁRIA	PLANO A ENFERMARIA	PLANO B APARTAMENTO
00 à 17 anos	R\$ 56,00	R\$ 73,00
18 à 29 anos	R\$ 67,00	R\$ 87,00
30 à 39 anos	R\$ 78,00	R\$ 101,00
40 à 49 anos	R\$ 80,00	R\$ 104,00
50 à 59 anos	R\$ 103,00	R\$ 134,00
60 à 69 anos	R\$ 126,00	R\$ 164,00
70 anos acima	R\$ 164,00	R\$ 213,00
TAXAS ADMINISTRATIVAS		
INCLUSÃO	ALTERAÇÃO / 2ª VIA DE CARTÃO	
R\$ 12,00	R\$ 4,00	

CO - PARTICIPAÇÃO

Além da mensalidade, o usuário ao necessitar de atendimento, deverá contribuir-pagar - para a Contratada, por procedimento, na forma e percentual abaixo discriminado, antecipadamente à Contratada.

PROCEDIMENTOS	CO - PARTICIPAÇÃO
Consultas	50% por consulta a partir da 4ª consulta

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

FAIXA ETÁRIA VARIACÃO	PLANO A ENFERMARIA VARIACÃO PERCENTUAL	PLANO B APARTAMENTO VARIACÃO PERCENTUAL
Para 18 à 29 anos	19,64%	19,17%
Para 30 à 39 anos	16,44%	16,09%
Para 40 à 49 anos	2,56%	2,97%
Para 50 à 59 anos	28,75%	28,84%
Para 60 à 69 anos	22,33%	22,38%
Para 70 anos acima	30,15%	29,87%