

15.2.6 - Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma dos itens acima, ficam impedidos de gozar dos benefícios da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o usuário titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades.

16 - DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 - Este contrato terá a duração de 12 (doze) meses, prorrogando-se automaticamente, por iguais períodos de tempo, caso não haja manifestação por escrito em contrário, por qualquer das partes, com no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência. Este contrato pode ser denunciado por qualquer das partes, em qualquer tempo, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

16.2 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência, ou de suspensão, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo.

16.3 - O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

16.4 - Qualquer tolerância não implica perda, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.5 - A inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

16.6 - Casos omissos e eventuais dívidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber

16.7 - Fica eleito o Foro da sede da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

16.8 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão firmada pelos contratantes e usuários.

Por estarem assim, justos e contratados, firmam este instrumento, na presença de duas testemunhas.

Natal, 28 de agosto de 1999.

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO
PRESIDENTE
UNIMED NATAL
CONTRATADA
Dra. Maria de Fátima de Azevedo
Superintendente
UNIMED NATAL

CONTRATANTE
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

c) na falta do cônjuge, Certidão de Nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com a legislação pertinente;

d) cópia do Cartão de Identificação do Contribuinte e da carteira de identidade do usuário titular falecido e do(s) beneficiário(s); e,

e) em caso de morte acidental, também Laudo Cadavérico, Boletim de Ocorrência e Laudo de Dosagem Alcoólica.

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

15.1.3.1 - O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades implicará no cancelamento do seguro;

15.1.4 - Encontra-se fixado na Proposta de Admissão o valor segurado por morte natural, sendo que por morte acidental será pago o dobro daquela quantia, que será corrigida, a partir da vigência deste contrato, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador;

15.1.5 - 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.

15.2 Plano de Extensão Assistencial - PLEX

15.2.1 - Ocorrendo o falecimento do usuário titular, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 3 (três) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades;

15.2.1.1 - Desde que inscritos no plano objeto deste contrato há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, consideram-se usuários dependentes, aptos ao benefício do PLEX, segundo regulamento próprio:

- a) o cônjuge sobrevivente;
- b) os filhos até 24 anos incompletos;
- c) equiparados aos filhos:

- c.1) o enteado;
- c.2) o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
- c.3) o menor tutelado;

- d) os filhos, ou equiparados, comprovadamente inválidos, de qualquer idade;
- e) o convivente, por mais de 5 (cinco) anos ou com filhos em comum, vedada sua eventual concorrência com a esposa;

15.2.2 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido nesta cláusula o dependente que vier a perder sua condição de dependência, segundo o que dispõe e limita o item 15.2.1;

15.2.3 - Os benefícios previstos nesta cláusula ficam condicionados à apresentação, pelos usuários dependentes, da Certidão de Óbito do usuário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência;

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

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

14. - RESCISÃO DO CONTRATO

14.1 - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.2 - Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização absolutamente desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- d) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato

14.2.1 - A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto na cláusula 5 (5.5).

14.3 - Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado à qualquer partes denunciar o presente contrato, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se, a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

14.3.1 - Após o prazo mínimo de vigência ou caso este não tenha sido estabelecido na Proposta de Admissão, é facultado a qualquer partes denunciar o presente contrato mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, porém sem a multa pecuniária de que trata o item anterior.

14.4 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no item anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE

14.5 - Durante o prazo de aviso prévio, não será admitida inclusão ou exclusão dos usuários, nem autorizadas cirurgias ou internações eletivas.

14.6 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários, após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento, e/ou, em virtude de decisão judicial, ser obrigada a custear procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

15 - BENEFÍCIOS ESPECIAIS

15.1 - Seguro por morte acidental ou natural

15.1.1 - Aos usuários titulares, desde que em perfeito estado de saúde e com até 65 (sessenta e cinco) anos na data de inscrição, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental, obedecendo às seguintes condições:
a) estar rigorosamente em dia com o pagamento das mensalidades;
b) ter cumprido o prazo de permanência de 6 (seis) meses no plano, contados da data da sua inscrição.

15.1.2 - Para fazer jus à indenização, os dependentes do titular falecido inscritos neste plano deverão apresentar à CONTRATADA:

a) Certidão de Óbito;

b) Certidão de Casamento do cônjuge sobrevivente, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário;

12.2.2 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária correspondem aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior;

12.2.3. Os usuários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido no plano por pelo menos 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação da faixa etária, respeitadas as disposições da Lei nº 9.656/98 e as mudanças inseridas pela Medida Provisória nº 1.801-14 de 14 de junho de 1999;

12.3 - As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver;

12.4 - Ocorrendo impropriedade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolsos de custas judiciais.

12.5 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato.

12.6 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

12.7 - A CONTRATANTE enviará à CONTRATADA relação dos usuários que deverão ser cobrados via carnê de cobrança bancária, com a mesma data de vencimento da fatura total da CONTRATANTE, ficando determinado que o valor das mensalidades desses usuários será acrescido da taxa de administração de cobrança estabelecida na Proposta de Admissão.

12.8 - O reajuste da taxa de administração de cobrança acompanhará os índices aplicados nas mensalidades.

13 - REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

13.1 - Fica desde logo pactuado que prevalecerá a livre negociação de valores e índices de reajuste a incidir sobre o presente Instrumento, uma vez que os valores previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, percentual de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores, a fim de se manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

13.2 - Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, com base em cálculo atuarial, que além dos fatores enumerados no item anterior, poderá ser revisado se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

13.2.1 - Caso a nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato;

13.3 - Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice de Preços do Mercado), segmento saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período;

13.4 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes sofrerão o primeiro reajuste na data de aniversário de vigência do presente contrato para o usuário titular, unificando-se as respectivas datas base.

11 - CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

- n) aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza, exceto as indispensáveis ao ato cirúrgico;
- o) aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- p) acidentes de trabalho e doenças profissionais, bem como suas consequências, exames médicos ocupacionais (admissionais, demissionais, periódicos, retorno ao trabalho e mudança de função), exames para ginástica e piscina; casos de acidentes e lesões resultantes de atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário, que não sejam motivados por necessidade comprovada (art. 160 do Código Civil), inclusive atividades esportivas de risco voluntário; competições com veículos e treinos preparatórios; e, ainda, atos ilícitos devidamente comprovados;

11.1 - A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for, comprovadamente, possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED NATAL;

11.2 - O reembolso de que trata o item anterior será efetuado de acordo com os valores das Tabelas de Referência praticadas pela CONTRATADA vigentes à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, diagnóstico (CID -10), o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos originais do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

11.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

12- PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

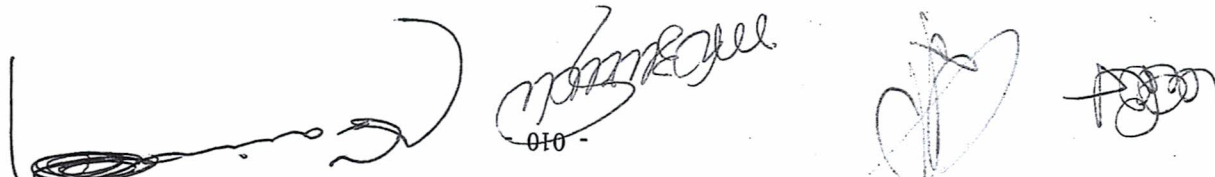
12.1 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de mensalidade.

12.2 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário;

12.2.1 - As faixas etárias para os fins deste contrato são:

FAIXA ETÁRIA	APARTAMENTO	REAJUSTE (%)
00 - 17 anos	R\$ 74,01	0
18 - 29 anos	R\$ 97,16	31,27
30 - 39 anos	R\$ 97,16	0
40 - 49 anos	R\$ 126,38	30,07
50 - 59 anos	R\$ 192,13	52,02
60 - 69 anos	R\$ 316,21	64,58
70 em diante	R\$ 411,17	30,03

- 010 -



da CONTRATADA a remoção para um hospital da rede pública, ou outro de sua escolha dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato.

9 – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

9.1 - A CONTRATADA assegurará aos usuários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:

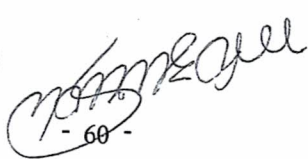
- a) **Consultas:** os usuários serão atendidos no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da UNIMED NATAL;
- b) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou por ela credenciados, mediante solicitação do médico cooperado assistente;
- c) **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados pela UNIMED NATAL, através da sua rede própria ou por ela credenciada, mediante solicitação de médico cooperado assistente.

9.2 - - Será distribuído ao CONTRATANTE o Guia Médico, editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus médicos cooperados; hospitais e clínicas credenciados e demais prestadores de serviços, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes SISTEMA NACIONAL UNIMED, devendo, entretanto, o usuário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico, que gera constantes alterações do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada;

9.3 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

10 - PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS (EXCLUSÕES)

- a) doenças não relacionadas na CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10, da Organização Mundial da Saúde;
- b) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Vigilância Sanitária ou outro órgão que a substitua, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- c) atendimento médico-hospitalar nos casos de cataclismos, guerras e comogões internas, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- d) consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- e) vacinas; medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam iguais ou inferiores aos nacionais;
- f) tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade e suas consequências;
- g) implantes e transplantes, exceto de rins e córneas;
- h) despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
- i) cirurgias plásticas, exceto a reparadora, nos termos da cláusula 7, item B.2;
- j) tratamentos clínicos, medicamentos e materiais médico-hospitalares (exceto os casos de internações e atendimento de urgência e emergência), e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento e/ou prevenção de envelhecimento, emagrecimento e/ou ganho de peso; tratamento e/ou cirurgias para alterações somáticas e outros com finalidade estética ou cosmética, ficando claro que a mamoplastia está excluída, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- k) medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- l) medicamentos e materiais médico-hospitalares, exceto em internações e atendimento em pronto-socorro; **check-up**, investigação diagnóstica eletiva em regime de internação hospitalar, necropsia, exceto a fetal, e exames para a determinação de paternidade (DNA e similares);


B.4.7 – O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo usuário à instituição prestadora do atendimento;

B.4.8 – A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades credenciadas ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do usuário.

B.5 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

B.5.1. – 30 (trinta) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral para usuário portador de transtornos psiquiátricos, em situação de crise;

B.5.2 – 15 (quinze) dias de internação por ano, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral para usuário portador de quadro de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

C - PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1 – A CONTRATADA assegura, às usuárias a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com a gravidez e parto, quando solicitados por

médico cooperado e realizados exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados observadas as condições a seguir.

C.2. – As carências previstas para a cobertura deste módulo são as seguintes, ressalvado o disposto nos itens 5.3.2 e 5.3.3 deste contrato:

- a) exames especiais de diagnóstico e terapia: 180 dias
- b) parto: 300 dias

C.3 - Desde que o parto esteja coberto por este contrato e que a mãe tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, bem como medicamentos, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido no plano de assistência à saúde, observados os termos da cláusula 5 (5.3).

8 - INÍCIO DO DIREITO À UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS

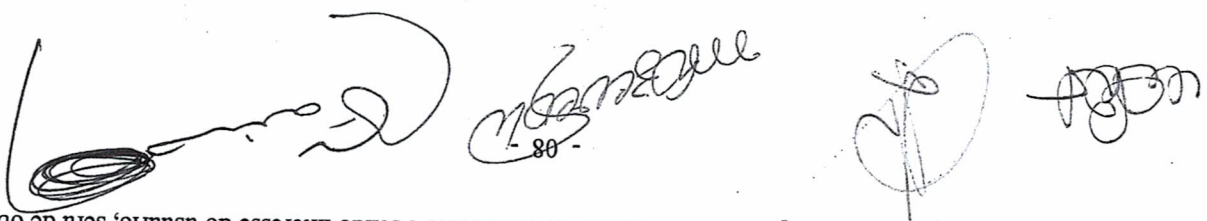
8.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos através da Proposta de Admissão, após o cumprimento das carências específicas para os procedimentos.

8.2 – O prazo de carência, nos casos de urgência e emergência, é de 24 horas, contadas a partir da inclusão do usuário:

8.2.1 – Caso o usuário esteja cumprindo carência para internações e cirurgias, o atendimento a que diz respeito o item anterior será exclusivamente ambulatorial, cobrindo apenas as 12 primeiras horas de atendimento, salvo para decorências de acidente pessoal;

8.2.2 – Ultrapassado o período de 12 horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação hospitalar ou cirurgia, a qualquer tempo, as despesas passam a ser de responsabilidade do usuário, não cabendo qualquer obrigação à CONTRATADA;

8.2.3 – No caso de necessidade de internação ou cirurgia, ou ainda ultrapassado o prazo de 12 horas regulamentares acima referido, desde que necessário para a continuidade do tratamento e sendo interesse do usuário, será de obrigação



b) cobertura de internações em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinado pelo médico cooperado assistente;

c) exames complementares indispensáveis para diagnóstico e controle da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;

d) assistência médica através de médicos cooperados da UNIMED NATAL;

e) medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões de sangue e derivados, sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico cooperado assistente;

f) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;

g) serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;

h) utilização de monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;

i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar;

j) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições de cobertura contratada, exceto no caso de internação em centro de terapia intensiva ou similar.

B.2 - A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais e/ou que estejam causando problemas funcionais.

B.3 - A carência prevista para internações é de 180 (cento e oitenta) dias.

B.4 - Procedimento para Internação Hospitalar:

B.4.1 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do usuário, ou ainda através de outro(s) método(s) que vier(em) a ser aprimorado(s);

B.4.2 - Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem por ele responde, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar a(s) guia(s) acima mencionada(s) e demais documentos que, à época, por ventura se fizerem necessários, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas;

B.4.3 - Os usuários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com o documento de identidade, a guia de internação e o Cartão Individual de Identificação emitidos pela UNIMED, ambos em pleno vigor;

B.4.4 - O prazo de internação, fixado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média histórica de dias utilizados para casos similares;

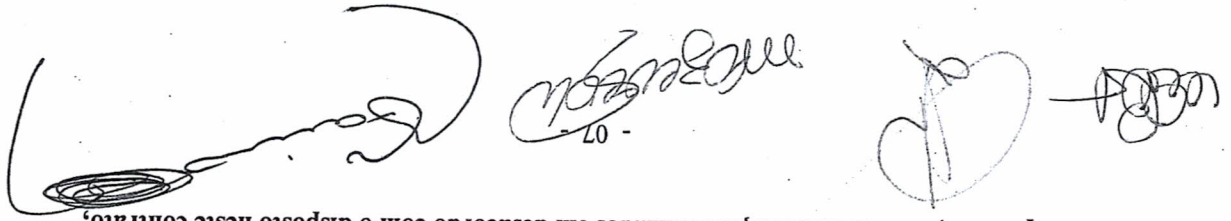
B.4.5 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário ou quem por ele responde, deverá apresentar à UNIMED NATAL a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente;

B.4.6 - A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de:

B.4.6.1 - medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;

B.4.6.2 - quaisquer despesas de acompanhantes de usuários maiores de 18 (dezoito) anos;

B.4.6.3 - produtos de higiene pessoal, serviços telefônicos ou quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas diretamente a cobertura, ou ainda, pelas despesas decorrentes direta ou indiretamente de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este, bem como serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;

 - 07

exclusão, seja por força de rescisão, resolução ou resilição do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes;

6.2.2 - O uso indevido do Cartão Individual de Identificação, de qualquer usuário, a critério da CONTRATADA, poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento;

6.3 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses Cartões Individuais de Identificação, o CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA;

6.4 - Para emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação, a CONTRATADA se reserva o direito de cobrar uma taxa, nunca superior a 5% (cinco por cento) do salário mínimo vigente na época da solicitação, por unidade.

7- COBERTURAS

7.1 - Os usuários farão jus, após o cumprimento das carências específicas e respeitadas as disposições dos itens 5.3.2 e 5.3.3, à seguinte cobertura contratual:

- A - Atendimento Ambulatorial;
- B - Internação Hospitalar;
- C - Procedimentos Obstétricos.

A - ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A.1 - A CONTRATADA assegura aos usuários a realização de consultas e procedimentos complementares de diagnóstico e terapia, em regime ambulatorial, exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, quando solicitados por médico cooperado e de acordo com as carências a seguir, respeitando-se o disposto nos itens 5.3.2 e 5.3.3:

- a) 30 (trinta) dias: consultas e exames básicos de diagnóstico;
- b) 180 (cento e oitenta) dias: exames especiais de diagnóstico, cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodiálise, fisioterapia e demais procedimentos ambulatoriais, constantes do Rol de Procedimentos Médicos, publicado no DOU de 04/11/98.

A.2 - ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

A.2.1 - Atendimento de emergência ao usuário em situações que impliquem risco de vida ou de lesão irreparável para ele ou para terceiros, incluídas as representadas por tentativas de suicídio ou auto-agressão;

A.2.2 - Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por médico cooperado, iniciada logo após o atendimento de emergência descrito na alínea anterior, com duração máxima de 12 (doze) semanas, limitada a cobertura a doze sessões por ano de vigência do contrato.

B - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1 - Durante a internação, a CONTRATADA garante aos usuários, respeitadas as limitações específicas de cada instituição e exclusivamente dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

a) diárias de internação hospitalar, em quarto privativo, com banheiro e ar condicionado, e direito a um acompanhante para o usuário menor de 18 (dezoito) anos, de acordo com a disponibilidade do hospital, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente;

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

5.3.3 - Fica expressamente ressalvada, ainda, a isenção de carência para contratos com adesão superior ou igual a 50 (cinqüenta) participantes, conforme disposto no inciso IV da Cláusula 4ª da Resolução 14 do CONSU, de 03/11/98.

5.4 - Será automaticamente excluído do contrato, através de imediata comunicação escrita da CONTRATANTE, comprovadamente entregue à CONTRATADA, o usuário titular que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição.

5.5 - A exclusão do usuário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes.

5.5.1 - A CONTRATADA assegura ao usuário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de usuário — e apenas dessa forma, também seus dependentes regularmente inscritos —, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE, e faça comunicação por escrito à CONTRATADA em até 10 (dez) dias de seu desligamento da empresa, sem que haja interrupção do pagamento das mensalidades. Fica desde já esclarecido que mesmas condições de cobertura assistencial a que terá direito o usuário desligado de seu emprego, optante dos benefícios dos artigos 30, não implica necessariamente em igualdade de preços com aqueles praticados para o plano coletivo.

5.5.1.1 - O período de manutenção da condição de usuário (demitidos ou exonerados) será de um terço do tempo da permanência no plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses, respeitadas as alterações advindas das RESOLUÇÕES do CONSU.

5.5.2 - A CONTRATADA assegura ao usuário titular, que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como usuário — e dessa forma, apenas dessa forma, também seus dependentes regularmente inscritos —, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE, e faça comunicação por escrito à CONTRATADA em até 10 (dez) dias de seu desligamento da empresa, sem que haja interrupção do pagamento das mensalidades. Fica desde já esclarecido que mesmas condições de cobertura assistencial a que terá direito o usuário desligado de seu emprego, optante dos benefícios dos artigos 31, não implica necessariamente em igualdade de preços com aqueles praticados para o plano coletivo.

5.5.2.1 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no item anterior, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumam o pagamento integral do plano.

5.5.3 - A condição de usuário assegurada nos itens 5.5.1 e 5.5.2 deixará de existir quando da admissão do usuário titular em outro emprego.

6 - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1 - A CONTRATADA fornecerá aos usuários o Cartão Individual de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários;

6.2 - É obrigação do CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda, de exclusão (cláusula 5), devolver os respectivos cartões de identificação, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses Cartões Individuais de Identificação, isentando a CONTRATADA, neste caso, de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do usuário, da rescisão, resolução ou rescisão do presente Instrumento.

6.2.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses Cartões Individuais de Identificação para obter atendimento, mesmo que na forma anteriormente contratada, pelos usuários que perderam essa condição por

- a) o cônjuge;
 b) os filhos solteiros, até 21 anos incompletos;
 c) os filhos solteiros, até 24 anos incompletos, desde que na condição de estudantes universitários;
 d) o enteadado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 e) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 f) os filhos comprovadamente inválidos;

4.3 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os usuários regularmente inscritos junto à CONTRATADA.

5 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

5.1 - A CONTRATANTE é obrigada a fornecer à CONTRATADA, por escrito até o dia 10 (dez) de cada mês, a relação de inclusões e exclusões de usuários no plano, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, de preferência a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, acompanhada das respectivas Propostas de Admissão; também deverá informar se há previsão de os usuários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste.

5.1.1 - As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA, passando a vigor no dia 01 do mês subsequente.

5.2 - Ficará a critério da CONTRATADA a realização de exame prévio de admissão nos usuários, a fim de averiguar lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações do CONTRATANTE.

5.3 - É assegurada a inclusão:

I - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pela mãe, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento;

II - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias (a contar da data do deferimento da adoção);

III - do cônjuge do usuário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato e desde que efetivada em até trinta dias após a data do casamento no civil.

IV - Os empregados recém-admitidos da CONTRATANTE, desde que inscritos até 30 (trinta) dias da data de sua admissão.

5.3.1 - Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, os novos usuários cumprirão as seguintes carências iniciais, a contar de data de efetivação no sistema (01 de cada mês):

- a) isento: consultas e exames de diagnóstico simples
 b) 180 (cento e oitenta) dias: exames de diagnóstico especiais e terapia, fisioterapia, cirurgias ambulatoriais, diálise e hemodálise, cirurgias, internações hospitalares ou cirúrgicas;
 c) 300 (trezentos) dias: parto

5.3.2 - Todos os usuários inscritos em até 30 (trinta) dias da assinatura deste contrato estarão isentos de qualquer carência.

MENSALIDADE: é o valor pecuniário relativo a cada usuário, a ser pago mensalmente à Contratada, em contraprestação às coberturas previstas no contrato.

ORTOSE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhuma função de órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

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

PROTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua função.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: aqueles colocados à disposição do usuário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim, por terceiros.

SISTEMA NACIONAL UNIMED: o conjunto de todas as UNIMEDS, cooperativas de trabalho médico, constantes do Guia Médico entregue ao Contratante.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

URGENCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

2.2 - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(a) CONTRATANTE, aos(as) filhos(as), aos(as) usuários(as), aos(as) menores, etc.

3 - LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - Os serviços ora contratados serão prestados pela CONTRATADA, através de seus médicos cooperados e rede própria ou por ela credenciada, compreendendo como área geográfica de abrangência os Municípios de NATAL, PARNAMIRIM, SÃO JOSÉ DO MIPIBU, MACAIBA, SÃO GONÇALO DO AMARANTE, CEARÁ-MIRIM e EXTREMOZ. Em casos de urgência ou emergência, e somente nesses casos, pelas demais cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, nos municípios onde elas exercem ou venham a exercer atividade, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora de atendimento, no local.

3.2 Caso algum hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço credenciado venha a adotar tabela de preços própria, diferente da Tabela de Referência, praticada pela UNIMED NATAL, o usuário que optar pelo atendimento nestes estabelecimentos, arcará com a diferença financeira a maior, eventualmente existente.

4 - USUÁRIOS

4.1 - São usuários titulares os associados e/ou empregados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

4.2 - São usuários dependentes, em relação ao usuário titular:

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.
CONVÊNTE: O mesmo que companheiro nos termos da legislação civil. Amigado, amasiado, concubinato, mancebia;

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência acrescido do percentual de 15% (quinze por cento).
DOENÇA: é o processo morbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intra-uterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA DO TRABALHO: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho, desde que comprovado o nexo de causa e efeito.

DOENÇA OCUPACIONAL OU PROFISSIONAL: é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício de trabalho peculiar a determinadas atividades, em função de risco específico direto.

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

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

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

EVENTO: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte. Será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

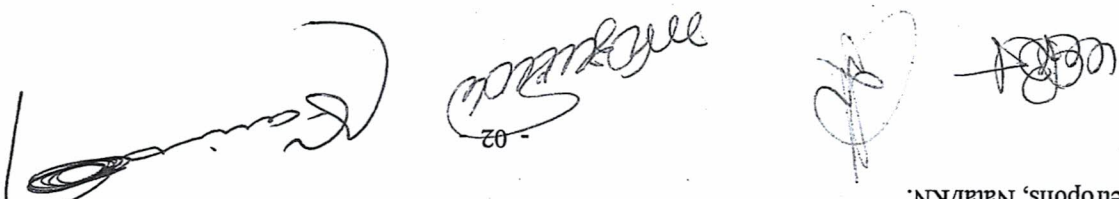
EXAMES BÁSICOS: são os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, publicado no DOU, no dia 04/11/98, considerados como tais os seguintes: a) análises clínicas; b) histocitopatológicos e c) radiológicos simples sem contraste.

EXAMES ESPECIAIS: são todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, publicado no Diário Oficial da União, no dia 04/11/98, exceto aqueles definidos como Básicos.

GUIA MÉDICO: livreto de publicação da contratada, onde consta a relação de médicos cooperados; hospitais, clínicas e laboratórios credenciados e demais cooperativas de trabalho médico que compõem o Sistema Nacional UNIMED.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MÉDICO COOPERADO: é o médico que participa com cotas, da UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, situada à Rua Mipibu 511, bairro Petrópolis, Natal/RN.



Contrato nº _____

UNIMED - Contrato Coletivo
ADESAO PADRAO II

Registro SIMPAS nº 418.928/99-1
Registro SUSSEP nº 33559

AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRICA
APARTAMENTO SEM CO-PARTICIPAÇÃO

1 - OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições que seguem.

1.2 - É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão de mesmo número.

2 - DEFINIÇÕES

2.1 - Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

CONTRATANTE: Associação dos Servidores da Escola Técnica Federal do Rio Grande do Norte - ASETEFERN CNPJ 08.450397/0001-25, sita à Av. Senador Salgado Filho, 1559 - Tirol, Natal/RN, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus usuários, assim entendidas as pessoas físicas que usufruam dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, obedecidas as disposições da Cláusula Quarta.

CONTRATADA: UNIMED NATAL SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.380.701/0001-05, sita à Rua Mipibu 511, bairro Petrópolis, Natal/RN, 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 convenionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou credenciada.

USUARIO: pessoa física que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme definido na cláusula 4.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: O mesmo que PROPOSTA DE ADESAO. É o documento validado pela Contratada, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições gerais do contrato.

ACIDENTE PESSOAL: é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, subto, 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 DO TRABALHO: Lesão física ou perturbação funcional causada pelo exercício do trabalho, de conseqüências imediatas, bem definida no tempo e no espaço, resultando em morte ou incapacidade laboral, temporária ou permanente, total ou parcial, bem como aquele ocorrido no trajeto de deslocamento para o trabalho ou vice-versa.

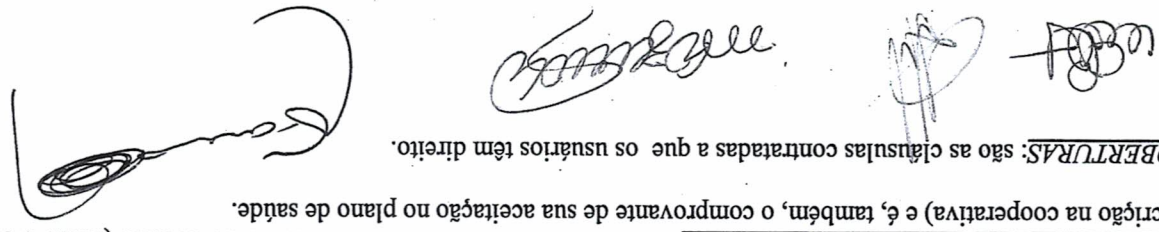
AMBULATORIAL: pertencente ou relativo a ambulatório.

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

CARENÇA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do usuário (nome e código de inscrição na cooperativa) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

COBERTURAS: são as cláusulas contratadas a que os usuários têm direito.



PROPOSTA DE ADMISSÃO - CONTRATO COLETIVO - ADESAO PADRÃO II

CONTRATADA: Unimed Natal Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico - CNPJ/ME - 08.380.701/0001-05
CONTRATANTE: Associação dos Servidores da Escola Técnica Federal do Rio Grande do Norte - ASETRN
 CNPJ/ME - 08.450397/0001-25
ENDEREÇO: Av. Senador Salgado Filho, 1559 - Trol - Natal/RN.
CEP: 59056-000

INSCRIÇÃO ESTADUAL: Isento

TELEFONE: 212-2904 **FAX:** 212-2904

CONTATO: Sérgio Ricardo

PRESIDENTE: Sérgio Ricardo Barroso Farias

NÚMERO DE USUÁRIO: 171 (cento e setenta e um)

TITULAR: 79

DEPENDENTE: 92

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: Doze meses, a partir de 28/08/99

VENCIMENTO DA FATURA: Dia 10 (dez) de cada mês

MODALIDADE: Apartamento sem Co-Participação

COBERTURA: Os usuários farão jus, após o cumprimento de carências específicas e respeitadas as disposições dos itens 5.3.1, 5.3.2 e 5.3.3, conforme discriminado na cobertura contratual

CARÊNCIA: Isento: Consultas e exames de diagnóstico simples

Isento: Exames de diagnóstico especiais e terapia, fisioterapia e cirurgias ambulatoriais, diálise e

hemodálise, cirurgias, internações hospitalares ou cirurgias.

Isento: Parto

VALOR DO SEGURO:

MORTE NATURAL: R\$ 1.424,31 (Hum mil, quatrocentos e vinte e quatro reais, trinta e um centavos)

MORTE ACIDENTAL: R\$ 2.848,62 (Dois mil, oitocentos e quarenta e oito reais, sessenta e dois centavos)

MENSALIDADE POR USUÁRIO

Faixa Etária	Apartamento	Reajuste(%)
00 A 17 anos	R\$ 74,01	0
18 a 29 anos	R\$ 97,16	31,27
30 a 39 anos	R\$ 97,16	0
40 a 49 anos	R\$ 126,38	30,07
50 a 59 anos	R\$ 192,13	52,02
60 a 69 anos	R\$ 316,21	64,58
70 anos em diante	R\$ 411,17	30,03

Natal, 28 de agosto de 1999.

CONTRATANTE:

[Handwritten signature]

CONTRATANTE:

[Handwritten signature]

TESTEMUNHAS:

[Handwritten signature]

Superintendente
UNIMED NATAL

Dra. Maria de Fátima de Azevedo

Presidente
UNIMED NATAL

Dra. Zita de Souza Roci

CONTRATADA:

[Handwritten signature]