



Santa Casa

[www.unimedara.com.br](http://www.unimedara.com.br)

Rua: Carlos Gomes, 1.943 - Centro

14.801-340 - Araraquara/SP

T. (16) 3303-1500

**RC 196/2020**

Araraquara, 13 de julho de 2020.

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**Assunto: Reajuste Contratual**

Prezado Cliente,

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terá os seus valores reajustados pelo índice de **20,00%** a ser aplicado para o período de **agosto/2020 a julho/2021**.

Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

- 1) **Plano Coletivo**
- 2) **Coletivo Empresarial com Patrocínio**
- 3) Registro do Plano: **427.291.99-9 (Coletivo)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **agosto/2020**

Em caso de dúvidas, permanecemos a sua disposição através da área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303 – 1912 – 1913 – 1914 e 1915**, com a analista do seu contrato.

Cordialmente,

Rodrigo Adorna Marine  
Gestor de Mercado

Ciente e de acordo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento RELACIONAMENTO CORPORATIVO sito à AVENIDA BENTO DE ABREU, nº 1008, 1 ANDAR - ARARAQUARA - CEP 14802-396.**



**RC 204/2017**

Araraquara, 19 de Julho de 2017.

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**Assunto: Reajuste Contratual**

Prezado Cliente,

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terá os seus valores reajustados pelo índice de **9,77%** a ser aplicado para o período de **Agosto/2017 à Julho/2018**.

Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

- 1) **Plano Coletivo**
- 2) **Coletivo Empresarial com Patrocínio**
- 3) Registro do Plano: **427.291/99-9 (Coletivo)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **Agosto/2017**

Em caso de dúvidas, permanecemos a sua disposição através da área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303 – 1912 – 1913 – 1914 e 1915**, com a analista do seu contrato.

Cordialmente,



Rodrigo Adorna Marine  
**Gestor de Mercado**



**Ciente e de acordo**  
COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
João Carlos Delbon  
Diretor Financeiro

**Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento de Faturamento da Unimed de Araraquara sito à Rua Carlos Gomes, nº 1943, CEP 14801-340.**



www.unimedara.com.br  
Rua Carlos Gomes, 1943  
14801-340 Centro, Araraquara - SP  
T (16) 3303-1500

**RC 196/2016**

Araraquara, 01 de Agosto de 2016.

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**  
**Assunto: Reajuste Contratual**

Prezado Cliente,

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terá os seus valores reajustados pelo índice de **12,24%** a ser aplicado para o período de **Agosto/2016 à Julho/2017**.

Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

- 1) **Plano Coletivo**
- 2) **Coletivo Empresarial com Patrocínio**
- 3) Registro do Plano: **427.291/99-9 (Coletivo)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **Agosto/2016**

Em caso de dúvidas, permanecemos a sua disposição através da área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303 – 1912 – 1913 – 1914 e 1915**, com a analista do seu contrato.

Cordialmente,

Rodrigo Adorna Marine  
Gestor de Mercado

\_\_\_\_\_ / / .  
Ciente e de acordo

**Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento de Faturamento da Unimed de Araraquara sito à Rua Carlos Gomes, nº 1943, CEP 14801-340.**

RC 125/2015

Araraquara, 01 de Agosto de 2015.

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**Assunto: Reajuste Contratual**

Prezado Cliente,

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terá os seus valores reajustados pelo índice de **6%** a ser aplicado para o período de **Agosto/2015 à Julho/2016**.

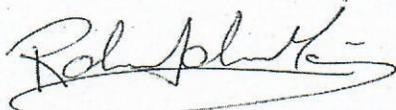
Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

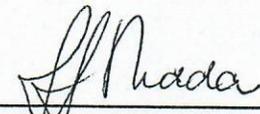
- 1) **Plano Coletivo**
- 2) **Coletivo Empresarial com Patrocínio**
- 3) Registro do Plano: **405.795/99-3 (Coletivo)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **Agosto/2015**

Em caso de dúvidas, permanecemos a sua disposição através da área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303 – 1912 – 1913 – 1914 e 1915**, com a analista do seu contrato.

Cordialmente,



Rodrigo Adorna Marine  
Gestor de Mercado

---

Ciente e de acordo,  
CIA. TROLEIBUS ARARAQUARA  
JOSÉ SILVIO CARVALHO PRADA  
Diretor Presidente

29/11/2015

**Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento de Faturamento da Unimed de Araraquara sito à Rua Carlos Gomes, nº 1943, CEP 14801-340.**

*Shais*

1 Santa Casa  
RC 125/2015

Araraquara, 01 de Agosto de 2015.

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**Assunto: Reajuste Contratual**

Prezado Cliente,

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terá os seus valores reajustados pelo índice de **7,51%** a ser aplicado para o período de **Agosto/2015 à Julho/2016**.

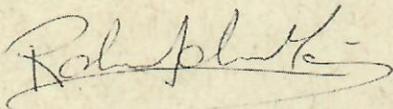
Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

- 1) **Plano Coletivo**
- 2) **Coletivo Empresarial com Patrocínio**
- 3) Registro do Plano: **405.795/99-3 (Coletivo)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **Agosto/2015**

Em caso de dúvidas, permanecemos a sua disposição através da área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303 – 1912 – 1913 – 1914 e 1915**, com a analista do seu contrato.

Cordialmente,



Rodrigo Adorna Marine  
Gestor de Mercado

\_\_\_\_\_  
Ciente e de acordo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento de Faturamento da Unimed de Araraquara sito à Rua Carlos Gomes, nº 1943, CEP 14801-340.**



## Srs. Funcionários.

Conforme minuta do Plano de Saúde da Santa Casa, informamos que o reajuste foi de 7,51%, favor tomar ciência.

Titulares:

Claudinei Nunes Bossa: Claudinei Nunes Bossa

Concordo ( ) Não

Joseni de Almeida Fernandes: Joseni

Concordo ( ) Não

Marcos Martins: Marcos Martins

Concordo ( ) Não

Paulo Rogério Ribeiro: Paulo R. Ribeiro

Concordo ( ) Não

Ronaldo Virgilio de Queiroz: Ronaldo

Concordo ( ) Não

Rosineide Aparecida Verteiro: Rosineide

Concordo ( ) Não

Valor atual: R\$ 185,95

Valor com reajuste: R\$ 199,92

Agregados acima de 59 anos. R\$ 345,61

Santa Casa

Funcionário	Valor Convênio	Parte do funcionário
Claudiney Nunes Bossa	285,60 (3) pessoas	199,92 <sup>186,07</sup>
Joseni de Almeida Fernandes	285,60 (3) pessoas	199,92 <sup>186,07</sup>
Marcos Martins	190,40 (2) pessoas	133,28 <sup>123,97</sup>
Paulo Rogério Ribeiro	536,01 sendo 345,61 agregado (2 pessoas e 1 agregado)	133,28 + 345,61 agregado = 478,89 <sup>421,67</sup>
Ronaldo Virginio Queiroz	285,60 (3) pessoas	199,92 <sup>186,07</sup>
Rosineide Ap. Verteiro	536,01 sendo 345,61 agregado (2 pessoas e 1 agregado)	133,28 + 345,61 agregado = 478,89 <sup>123,97</sup>
	Total da Fatura 2.119,22	

**RC 396/2013**

Araraquara, 01 de Agosto de 2013.

Prezado Contratante,

**COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**

**Assunto: Reajuste Contratual**

Comunicamos que o plano de saúde que sua empresa mantém com nossa operadora, terão os seus valores reajustados pelo índice de **6,29%** a ser aplicado para o período de **Agosto/2013 à Julho/2014**.

Previsto em contrato, este reajuste respeita as regras e a periodicidade estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para os contratos coletivos e tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos e cobertura assistencial no período. Dessa maneira, é possível preservar a viabilidade econômico-financeira do contrato e manter os benefícios conquistados, que continuam sendo significativos e vantajosos, sobretudo quando comparados às alternativas do mercado.

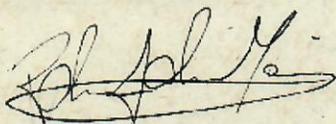
Segue informações da identificação do plano de saúde e reajuste, conforme Resolução Normativa 171/08 da ANS:

- 1) Plano Coletivo
- 2) Coletivo Empresarial com Patrocínio
- 3) Registro do Plano: **42.729.199-9 (Ouro 120)**
- 4) Número do contrato: **43735**
- 5) Data do reajuste: **Agosto/2013**

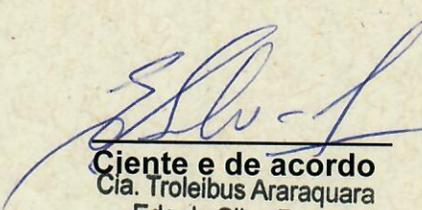
Reiteramos nosso compromisso com o alto padrão de qualidade dos serviços prestados, focando cada vez mais na importância da nossa parceria.

Maiores esclarecimentos entrar em contato com a área de **Relacionamento Corporativo** nos Telefones: **(16) 3303-1914 ou 1915 – 1913 - 1912**.

Cordialmente,



Rodrigo Adorna Marine  
**Gestor de Mercado**



**Ciente e de acordo**  
Cia. Troleibus Araraquara  
Edo da Silva Ferro  
Diretor Financeiro

06/08/2013

Devolver devidamente datado e assinado ao Departamento de Faturamento da Unimed sito à Rua Carlos Gomes 1943 CEP 14801-340.

UNIMED ARARAQUARA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO  
 RUA CARLOS GOMES, 1943 - CENTRO  
 CEP 14801-340 - ARARAQUARA - SP  
 Fone: (16) 3303-1500 - SAC: 0800 11 32 44  
 CNPJ 45.272.366/0001-58

ANS Nº 36431-2

6.297  
 FATURA DE SERVIÇOS

Competência	Emissão	Vencimento	Nº Fatura
08/2013	01/08/2013	20/08/2013	1300000014/SJ

Sacado: COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA  
 End. cobr.: AV BENTO DE ABREU 1172  
 Município: ARARAQUARA  
 CNPJ/CPF: 43956028000100

Telefone: 16 33037367  
 Bairro: JD PRIMAVERA  
 Estado: SP  
 Inscr. Estadual:

Descrição dos Serviços	Valor R\$
MENSALIDADE ----- ATOS COOPERATIVOS PRINCIPAIS	995,69
MENSALIDADE ----- ATOS COOPERATIVOS ACESSORIOS	814,55
IR lei 8981/95 Art.64 Serv.Pessoais-Aliquota Legal 1,5% Base Calculo R\$	995,69
Serv.Pessoais-Aliq.Legal 1.5% Imposto R\$	14,94
IRRF, sobre Cooperativa de Trabalho Medico - Recolhimento deve ser no codigo de Receita 3280 **Não efetuar retenção do PIS e COFINS, Lei 10833/03, LC 70/91 art.6, Lei 5764/71 art. 87. Soluções Consulta 302/2007; 179,195 e 208/2004. **Não efetuar retenção da CSLL, art. 32 Lei 10833/03, Lei 10925/04 e Lei 5764/71 art. 87.	

**"Plano Santa Casa Saude"**

<b>Valor por extenso</b> *****Hum Mil, Setecentos e Noventa e Cinco Reais e Trinta Centavos ***** ***** *****		<b>Valor Total</b>
<b>Local de Pagamento</b> ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.		
<b>Cedente</b> UNIMED DE ARARAQUARA		<b>Vencimento:</b> 20/08/2013
<b>Data Documento</b> 01/08/2013	<b>Nº Documento</b> 1300000014-7	<b>Agência/Código/Cedente</b> 8008/01604-3
<b>Uso do Banco</b> *	<b>Carteira</b> 175	<b>Nosso Número</b> 175/1300000014-7
<b>Moeda</b> R\$	<b>Especie Doc.</b> SJ	<b>Quantidade</b> N
<b>Data Processamento</b> 01/08/2013	<b>Valor</b> X	<b>{=} Valor Documento</b> 1.795,30
<b>Sacado</b> COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA AV BENTO DE ABREU 1172 14.802-396 ARARAQUARA		<b>{=} Valor Cobrado</b> 1.795,30
		<b>{+} Outros Acréscimos</b> 0,00
		<b>{-} Desconto/Abatimento</b> 0,00
Autenticação Mecânica		

Banco Itau S.A. | 341-7 |

<b>Data de Emissão</b> 01/08/2013	<b>Nº Documento</b> 1300000014-7	<b>Nosso Número</b> 175/1300000014-7	<b>Agência/Código/Cedente</b> 8008/01604-3
<b>Vencimento</b> 20/08/2013	<b>Valor Documento</b> 1.795,30	<b>{-} Desconto/Abatimento</b> 0,00	<b>{+} Mora/Multa</b> 0,00
<b>Sacado</b> COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA AV BENTO DE ABREU 1172 14.802-396 ARARAQUARA		<b>JD PRIMAVERA</b> SP	Autenticação Mecânica

Banco Itau S.A. | 341-7 |

<b>Local de Pagamento</b> ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.		34191.75132 00001.478007 80160.430007 9 57960000179530	
<b>Cedente</b> UNIMED DE ARARAQUARA		<b>Vencimento:</b> 20/08/2013	
<b>Data Documento</b> 01/08/2013	<b>Nº Documento</b> 1300000014-7	<b>Agência/Código/Cedente</b> 8008/01604-3	<b>Nosso Número</b> 175/1300000014-7
<b>Uso do Banco</b> *	<b>Carteira</b> 175	<b>Moeda</b> R\$	<b>Quantidade</b> N
<b>Especie Doc.</b> SJ	<b>Data Processamento</b> 01/08/2013	<b>Valor</b> X	<b>{=} Valor Documento</b> 1.795,30
<b>Instruções</b> Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente		<b>{-} Desconto/Abatimento</b> 0,00	<b>{-} Outras Deduções</b> 0,00
		<b>{+} Mora/Multa</b> 0,00	<b>{+} Outros Acréscimos</b> 0,00
		<b>{=} Valor Cobrado</b> 1.795,30	<b>Cód. Transação CVT:</b>
<b>Sacado:</b> COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA AV BENTO DE ABREU 1172 14.802-396 ARARAQUARA		<b>JD PRIMAVERA</b> SP	Autenticação Mecânica -

APÓS O VENCIMENTO, MORA AO DIA 0,03333% + 2% MULTA SOBRE O VALOR ATUALIZADO  
 \*\*\* NAO RECEBER APOS 60 DIAS DO VENCIMENTO. \*\*\*

Idade: 60 EMPRESARIAL REG STA CASA SAUDE Contratante: 000043735 COMPANHIA TROLEIBUS 23/07/13 - 16:07:43  
 Origem: 000000000 Termo: 000023  
 Plano: 01 EMPRESARIA Tipo de Plano: 01 PLANO OURO 120 COLETIVO Referencia: 08/2013  
 Unidade Pro: 0013 U ARARAQUARA Ind.Registro: 01 Proposta

Ord.	Nome	PC	Inclusao	Nascimento	GP	Descricao	Descricao	Faixa	Valor
Tipo Nota: Normal Titulo: 1300000014/01 Emissao: 01/08/2013 Vencimento: 20/08/2013 1.795,30									
Responsavel: 00010 CLAUDINEY NUNES BOSSA									
00010	CLAUDINEY NUNES BOSSA		01/06/2011	19/07/1968	01	TITULAR	040 - 049 Anos		81,32
00011	SILVANA CRISTINA NAPOLEAO BOSSA		01/06/2011	09/04/1974	02	CONJUGE	030 - 039 Anos		81,32
00012	SABRINA CRISTINA BOSSA		01/06/2011	10/01/2000	10	FILHO(A)	000 - 017 Anos		81,32
									Total.....: 243,96
Responsavel: 00008 JOAO ROBERTO FERREIRA									
00008	JOAO ROBERTO FERREIRA		01/06/2011	26/08/1954	01	TITULAR	050 - 059 Anos		81,32
00009	TANIA MARIA FERREIRA		01/06/2011	24/03/1956	02	CONJUGE	050 - 059 Anos		81,32
									Total.....: 162,64
Responsavel: 00007 JOSENI DE ALMEIDA FERNANDES									
00007	JOSENI DE ALMEIDA FERNANDES		01/06/2011	23/11/1966	01	TITULAR	040 - 049 Anos		81,32
									Total.....: 81,32
Responsavel: 00017 MARCOS MARTINS									
00017	MARCOS MARTINS		01/06/2011	22/12/1972	01	TITULAR	040 - 049 Anos		81,32
00019	MARCELO HENRIQUE MARTINS		01/06/2011	20/12/1995	10	FILHO(A)	000 - 017 Anos		81,32
									Total.....: 162,64
Responsavel: 00002 PAULO ROGERIO RIBEIRO									
00002	PAULO ROGERIO RIBEIRO		01/06/2011	17/02/1974	01	TITULAR	030 - 039 Anos		81,32
00003	NEUZA MARIA DE FREITAS RIBEIRO		01/06/2011	25/06/1953	09	AGREGADO	060 - 069 Anos		295,22
00020	GUSTAVO VERTEIRO RIBEIRO		01/07/2013	10/06/2013	10	FILHO(A)	000 - 017 Anos		81,32
									Total.....: 457,86
Responsavel: 00014 RONALDO VIRGINIO DE QUEIROZ									
00014	RONALDO VIRGINIO DE QUEIROZ		01/06/2011	18/05/1967	01	TITULAR	040 - 049 Anos		81,32
00015	MARLENE FERNANDES DOS SANTOS		01/06/2011	08/05/1965	02	CONJUGE	040 - 049 Anos		81,32
00016	ISABELA FERNANDES DE QUEIROZ		01/06/2011	20/04/1997	10	FILHO(A)	000 - 017 Anos		81,32
									Total.....: 243,96
Responsavel: 00004 ROSINEIDE APARECIDA VERTEIRO									
00004	ROSINEIDE APARECIDA VERTEIRO		01/06/2011	20/10/1972	01	TITULAR	040 - 049 Anos		81,32
00005	GUILHERME VERTEIRO RIBEIRO		01/06/2011	19/10/2005	10	FILHO(A)	000 - 017 Anos		81,32
00006	JOSE QUINTINO VERTEIRO		01/06/2011	21/08/1943	09	AGREGADO	060 - 069 Anos		295,22
									Total.....: 457,86
								EVENTOS DE TOTAIS	
Evento: 710 IRF CFE LEI 8541/92								Valor :	14,94

*Edo da Silva Ferro*  
 Cia. Troleibus Araraquara  
 Edo da Silva Ferro  
 Diretor Financeiro  
 06/08/2013

## TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES

Por este instrumento particular, de um lado, **COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA**, inscrita no CNPJ **43.956.028/0001-00**, sediada em **Araraquara**, com endereço na **Av. Bento de Abreu, nº 1172 Jd. Primavera** neste ato representada por seu representante legal abaixo firmado, denominada CONTRATANTE e de outro, **UNIMED DE ARARAQUARA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, CNPJ 45.272.366/0001-58, Rua Carlos Gomes, nº 1943, Centro, CEP 14801-340, classificação: cooperativa médica (art. 1º, inc. II, Lei 9656/98), registro na ANS/MS Nº 36431-2, representada neste ato por seus diretores abaixo firmados, denominada CONTRATADA, têm, entre si justo e avençado o presente ADITAMENTO ao Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares **número 43735, Acomodação Coletiva Registro do Plano 427.291/99-9** celebrado entre as partes em **01 de Agosto de 2001**, e passará a vigorar com as seguintes alterações, que as partes mutuamente outorgam e aceitam:

Em conformidade com disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, e na Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS o contrato ora aditado passará a vigorar com a seguinte redação em seu texto.

### Da manutenção do demitido ou exonerado sem justa causa

É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que o beneficiário assuma o pagamento integral das mensalidades e demais valores anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.**

O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses ou máximo de 24 (vinte e quatro meses).

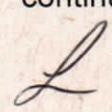
### Da manutenção do aposentado

É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o plano de saúde, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter, por tempo indeterminado, sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das mensalidades e demais valores anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.**

9 O período de manutenção da condição de beneficiário para aposentados que contribuíram por período inferior a 10 (dez) anos, ou sucessor, será à razão de um ano para cada ano de contribuição.

Ao empregado aposentado que continua trabalhando na CONTRATANTE e se desligar posteriormente, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nas condições estabelecidas para o aposentado, qualquer que seja o motivo do desligamento.

Em caso de óbito do empregado aposentado que continuou trabalhando na

**PLANO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE – EMPRESARIAL**

Contrato de Assistência médico-hospitalar que entre si faz de um lado, a Operadora de Planos de Saúde da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAQUARA – *Santa Casa Saúde*, com registro junto a ANS (Agência Nacional de Saúde) n° 32.026, como CONTRATADA, e de outro lado como CONTRATANTE, CTA - COMPANHIA TROLEIBUS ARARAQUARA, seus respectivos funcionários e dependentes incluídos no presente contrato, regendo-se pelas cláusulas de contratação que seguem:

**I – OBJETO**

Garantir a prestação de assistência médico-hospitalar ao Associado Titular e seus dependentes incluídos no plano, em conformidade com a Lei 9656/98, observadas as exclusões, limites e carências estabelecidos neste Contrato.

**II – ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA**

A prestação de serviço a que se refere este Contrato, se restringe a região de Araraquara, Ibaté, Américo Brasiliense ou onde houver rede credenciada e de acordo com o modalidade de plano contratada.

**III – DEFINIÇÕES**

**1) Acidente Pessoal**

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

**2) Agente**

É o intermediário, pessoa física ou jurídica, que angaria contratos de planos de assistência à saúde.

**3) Associado Titular**

Qualquer consumidor que adquire um plano de assistência à saúde para si e, opcionalmente, para seus dependentes.

**4) Associado Dependente**

Qualquer consumidor incluído como dependente no mesmo plano de assistência à saúde do Associado Titular.

**5) Carência**

É o período de tempo durante o qual o Associado, mesmo pagando a mensalidade, não tem direito às coberturas.

**6) Certificado Contratual**

É o documento que, juntamente com as Contrato, comprova a contratação de um plano de assistência à saúde.

**7) Cirurgia Eletiva**

É o procedimento cirúrgico que pode ser efetuado em data de escolha do usuário ou de seu médico.

**8) Cobertura**

É a garantia de atendimento, observados os limites e exclusões previstos nesse Contrato.

**9) Cobertura Parcial Temporária**

É a suspensão, por prazo determinado, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados a doenças ou lesões pré-existentes e qualquer outra a elas relacionada.

**10) Co-participação**

É o montante, definido contratualmente em termos percentuais, que o associado deve compartilhar com a operadora em cada evento, conforme especificado no plano de assistência à saúde.

**11) Contra-prestação pecuniária**

Cada um dos pagamentos periódicos efetuados pelos associados para custeio do plano de assistência à saúde.

**12) Doenças ou lesões pré-existentes**

São os distúrbios dos órgãos ou funções do organismo que alteram o estado físico do proponente/associado, anteriores a assinatura da Proposta de Ingresso ao Plano.

**13) Emergência/Urgência**

É a alteração aguda do estado de saúde que demanda atendimento médico imediato.

**14) Estipulante**

É a pessoa jurídica que contrata um plano de assistência à saúde coletivamente em nome de associados com os quais possui vínculo jurídico, ficando investido de poderes de representação perante às operadoras.

**15) Evento**

É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológica, que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do associado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

**16) Exames Complementares**

São os procedimentos de pesquisa que complementam o diagnóstico e acompanhamento de uma doença ou lesão.

**17) Franquia**

É o montante, definido contratualmente, até o qual o associado é responsável pelo custo do atendimento médico, hospitalar ou odontológico.

**18) Leito de Alta Tecnologia**

Unidade de Terapia Intensiva, semi-intensiva, recuperação pós-anestésica, intermediárias, coronarianas, de tratamento de queimados e de isolamento.

**19) Limite Financeiro**

É o limite monetário máximo das coberturas contratadas, nos casos cujo reembolso é previsto.

**20) Operadora de Plano de Assistência à Saúde**

Qualquer empresa que comercialize planos de assistência à saúde.

**21) Período de Remissão**

Período determinado contratualmente, durante o qual existe a percepção do benefício de remissão.

**22) Planos de Assistência à Saúde**

É qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médicos, hospitalares, odontológicos ou quaisquer outros para a assistência à saúde.

**23) Plano Contributário**

É aquele em que os associados custeiam as contra-prestações pecuniárias total ou parcialmente.

**24) Plano Não Contributário**

É aquele que o Estipulante custeia integralmente as contra-prestações pecuniárias.

**25) Procedimentos**

São todos os atos médicos que tem por objetivo a avaliação, manutenção ou recuperação da saúde do Associado, respeitadas as coberturas conforme estabelecidas nesse Contrato.

**26) Procedimentos de Alta Complexidade**

Tomografias, ressonâncias magnéticas, Medicina Nuclear (cintilografia), Eletroneuromiografia, Eletroencefalograma Prolongado, quimioterapia, litotripsia, radioterapia, braquiterapias, "tilt-tests" e seus derivados, mapeamento cerebral, Potencial evocado, Oftalmológicos especiais, Otorrinolaringológicos especiais, laparoscópicas, pleuroscópicas cardíacas, hemodálises, diálises peritonias e hemodiafiltrações, estudos cardíacos hemodinâmicos (cateterismo), estudos de medicina nuclear (cintilográficos ou não), estudos ultra-sonográficos invasivos, monitorização de pressão intracraniana.

**27) Proponente**

É a pessoa que propõe sua inclusão no Plano e que passará a ser Associado se aceito pela Operadora.

**28) Proposta de Ingresso no Plano**

É o documento mediante o qual o proponente expressa a sua intenção de inclusão no plano, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nesse Contrato.

**29) Serviço Auxiliar**

É o procedimento solicitado por médico, com o objetivo de facilitar a recuperação da saúde do Associado.

**30) Entrevista Qualificada**

Preenchimento pelo consumidor, no ato da contratação, de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora e sob orientação de um médico, com o objetivo de identificar doenças e lesões preexistentes do proponente titular e seus dependentes.

**IV – COBERTURAS**

Respeitados os prazos de carência, a modalidade do plano escolhido, os limites de cobertura estabelecidos neste Contrato e as exclusões previstas na Cláusula V, fica garantido ao Associado Titular ou dependente, em conformidade com a Lei 9656/98, a prestação de serviços médico-hospitalares nas seguintes coberturas, quando contratadas:

**1) COBERTURA AMBULATORIAL**

Estão garantidos os seguintes procedimentos realizados em rede credenciada e de caráter eletivo ou de urgência, exclusivamente em regime ambulatorial:

- a) Consultas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, inclusive o acompanhamento obstétrico;
- b) Exames Complementares e Serviços Auxiliares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, que pertença à rede credenciada;
- c) Atendimento às urgências e emergências, inclusive as decorrentes de transtornos psiquiátricos, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o Associado ou para terceiros e/ou impliquem em danos morais e/ou patrimoniais importantes;
- d) Psicoterapia de crise, iniciada imediatamente após o atendimento de emergência, por um período máximo de 12 (doze) semanas e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

**2) COBERTURA HOSPITALAR**

Estão garantidos os seguintes procedimentos realizados em rede credenciada, exclusivamente em regime hospitalar:

- a) Atendimento das emergências sem limite de quantidade, uma vez justificada pelo médico assistente;



- b) Internações Hospitalares, incluindo-se diárias em centro de terapia intensiva ou similar, taxas, materiais e medicamentos, sem limitações quanto a prazo ou quantidade, enquanto internado o Associado, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- c) Honorários médicos, serviços de enfermagem e alimentação do paciente;
- d) Alimentação, fornecida pelo Hospital, para acompanhante a menor de 18 (dezoito) anos ou excepcional;
- e) Cobertura de 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.
- f) Nos casos de transtornos psiquiátricos em situação de crise terão, no máximo, o período de internação de até 30 (trinta) dias por ano de contrato;
- g) Os quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem de internação, terão no máximo de 15 (quinze) dias de internação por ano de contrato;
- h) Cobertura de qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos na cláusula II deste contrato.

### **3) COBERTURA ATENDIMENTO OBSTÉTRICO**

- a) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do usuário, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) Inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento.

### **4) COBERTURAS ADICIONAIS**

- a) Desde de que contratado, Transporte RODO AEROMÉDICO Inter-Hospital.  
Tem por objetivo garantir remoção Rodo Aeromédica Inter-Hospital em caráter Emergencial, sob prescrição médica e critérios técnicos rodo aeronáuticos, do hospital de origem até o hospital de destino, a partir de uma distância mínima superior a 50 km do domicílio do usuário.

## **V – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

### **1) Exclusões específicas das Coberturas:**

- a) Quando contratada exclusivamente a COBERTURA HOSPITALAR, estão excluídos os procedimentos garantidos pela COBERTURA AMBULATORIAL.

### **2) Exclusões Gerais (inerentes a quaisquer Coberturas):**

- b) Estão excluídas da cobertura do plano:
  - d.1) *Atendimentos não relacionados diretamente com o tratamento coberto pelo plano;*
  - d.2) *Excedentes aos limites financeiros estabelecidos na Cláusula VI;*
- c) Excluem-se também:
  - e.1) *Enfermidades, lesões ou danos resultantes de atos ilícitos, dolosos ou culposos do Associado, a saber:*
    - e.1.1) *Qualquer ato ilícito devidamente comprovado;*
    - e.1.2) *Simulação, auto-lesão e fraude;*
    - e.1.3) *Ato perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;*

**Contrato nº 240 (M)**

e.2) Cirurgias plásticas ou outros procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como órteses e próteses com finalidade estética, exceto os procedimentos para restauração de função de órgão ou membro alterado em razão de acidente pessoal. Portanto, estão excluídos os procedimentos, tais como:

e.2.1) Cirurgia Plástica Mamária, ainda que por hipertrofia mamária (com ou sem consequências em coluna vertebral), displasia, doença fibrocística, microcalcificações da mama;

e.2.2) Cirurgia plástica em couro cabeludo (inclusive implante de cabelos), face (olhos, boca, orelhas) e pescoço;

e.2.3) Cirurgia plástica de nariz (rinoplastia reparadora, rinosseptoplastia funcional e septoplastia cartilaginosa, por qualquer técnica), exceto quando comprovada a necessidade de restauração de função através de exames pré-operatórios;

e.2.4) Cirurgia plástica de dorso e membros;

e.2.5) Cirurgia plástica de abdômen;

e.2.6) Cirurgia plástica para correção de cicatrizes e/ou tatuagens por qualquer técnica;

e.2.7) Lipoaspiração e Lipoescultura, de qualquer localização;

e.3) Procedimentos com fins estéticos, tais como:

e.3.1) Oxigêniooterapia hiperbárica, epilação, teste de adaptação de lentes de contato, tratamento capilar e de calvície, esfoliações químicas e/ou mecânicas, tratamento de estrias e rugas, cauterizações, laserterapia, lasercirurgia, escleroterapia de microvarizes por qualquer técnica e em qualquer membro ou órgão, bem como fulguração de teleangectasias;

e.4) Tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos para obesidade, rejuvenescimento, convalescença, senilidade, repouso e geriátricos, em qualquer regime de atendimento;

e.5) Aquisição ou aluguel de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

e.6) Check-Up preventivo;

e.7) Reeducação postural global, condicionamento físico, exceto nos casos de pós-cirurgia cardíaca;

e.8) Transplantes, exceto Rim e Córnea;

e.9) Tratamentos, Consultas e/ou exames experimentais, não éticos ou não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;

e.10) Métodos de fecundação e inseminação artificial;

e.11) Necrópsia ou exames histopatológicos de placenta;

e.12) Acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais e suas consequências, conforme definido pelos órgãos governamentais;

e.13) Consultas e exames pré-admissionais, periódicos ou demissionais;

e.14) Imunizações e Vacinas;

e.15) Fonoaudiologia e terapia ocupacional;

e.16) Psicoterapia, exceto os casos previstos no item "1", sub-item "d";

e.17) Assistência Odontológica;

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

## **VI- LIMITES**

### **VI.1 – FINANCEIROS DE REEMBOLSO**

Para a utilização dos serviços garantidos pelo contrato, na modalidade de reembolso, deve-se observar os limites financeiros, à saber:

#### **1) Urgências e Emergências**

Caso os atendimentos descritos abaixo, ocorram fora da rede credenciada e fora da abrangência geográfica do plano (Cláusula II), os limites financeiros das despesas, conforme definido no item “3” desta cláusula, são os seguintes:

ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO (sem internação) - R\$ 60,00 por atendimento;  
ATENDIMENTO QUE DEMANDE INTERNAÇÃO - R\$ 110,00, por dia internado;

#### **2) Componentes das Despesas Reembolsáveis**

Os componentes que fazem parte do limite financeiro das despesas reembolsáveis, conforme estabelecido nos itens “1” e “2” desta cláusula são os seguintes:

Diárias e Taxas Hospitalares;  
Serviços de enfermagem e alimentação;  
Materiais e Medicamentos;  
Honorários Médicos, inclusive anestesista;  
Exames Pré e Pós operatórios;  
Despesas com doador;  
Órteses e Próteses ligadas ao ato cirúrgico; e  
Despesas com remoção e/ou transporte.

#### **3) Despesas no exterior**

O reembolso das despesas no exterior será em moeda corrente nacional, ao câmbio oficial de venda da data da efetivação dos pagamentos pelo associado.

#### **4) Documentos necessários para solicitação de reembolso**

- Relatório do médico assistente, declarando diagnóstico, data do início da doença, tratamento efetuado, data do atendimento e se for o caso, condições de urgência e emergência;
  - Conta Hospitalar discriminada, inclusive relação de materiais e medicamentos utilizados, nota fiscal devidamente quitada;
  - Recibos individualizados de honorários médicos, assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, com C.R.M., C.P.F. e carimbo do I.S.S. dos profissionais;
  - Exames complementares pré e pós execução do tratamento, quando solicitados pela Operadora; e
  - Documentos exigidos por quaisquer órgãos governamentais, quando for o caso.
- 5) Os créditos dos reembolsos serão efetuados em nome do Associado Titular ou do seu responsável legal, no prazo máximo de 30 dias, após a efetiva protocolização dos documentos na operadora não podendo no entanto serem apresentados em data superior a 45 dias da alta médica, perdendo após este prazo sua validade para efeito de despesas reembolsáveis.



**VI. 2 – CO-PARTICIPACÃO NOS ATENDIMENTOS**

**COBERTURA GLOBAL/ REFERÊNCIA**

**1) Consultas**

**a) PLANO BRONZE 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de sua 4ª (QUARTA) consulta, inclusive, realizada em um mesmo período anual de vigência, em 30% (trinta por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

A co-participação definida acima não incide sobre as consultas realizadas em pacientes internados.

**b) PLANO PRATA 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de sua 7ª (SÉTIMA) consulta, inclusive, realizada em um mesmo período anual de vigência, em 30% (trinta por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

**c) PLANO OURO 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de sua 13ª (DÉCIMA TERCEIRA) consulta, inclusive, realizada em um mesmo período anual de vigência, em 30% (trinta por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

**d) PLANO PLATINA 120 e 200**

Não há a co-participação do usuário

**\*A co-participação definida acima, para todas as coberturas "GLOBAL", não incide sobre as visitas hospitalares realizadas em pacientes internados.**

**2) Exames e Procedimentos Ambulatoriais, exceto os Procedimentos de Alta Complexidade.**

**a) PLANO BRONZE 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de seu 4º. (QUARTO) exame e/ou procedimento solicitado, inclusive, e realizado em um mesmo período anual de vigência, em 25% (vinte e cinco por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

**b) PLANO PRATA 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de seu 7º. (SÉTIMO) exame e/ou procedimento solicitado, inclusive, e realizado em um mesmo período anual de vigência, em 25% (vinte e cinco por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

**c) PLANO OURO 120 e 200**

Para efeito das coberturas previstas, em qualquer modalidade de plano contratado ( Enfermaria ou Apartamento ), o Associado usuário participa, a partir de seu 13º. (DÉCIMO TERCEIRO) exame e/ou procedimento solicitado, inclusive, e realizado em um mesmo período anual de vigência, em 25% (vinte e cinco por cento) do valor remunerado pela Operadora aos seus prestadores.

**d) PLANO PLATINA 120 e 200**

Não há a co-participação do usuário

**\*A co-participação definida acima, para todas as coberturas "GLOBAL", não incide sobre os procedimentos e/ou exames realizados em pacientes internados, procedimentos de alta complexidade definidos neste contrato, além de três ultra-sonografias obstétricas, no acompanhamento gestacional.**

Os valores de remuneração à rede de prestadores constam da Tabela de Serviços – Santa Casa Saúde.

10/11

**VII – CARÊNCIAS**

Os serviços previstos neste contrato, serão prestados aos Associados, regularmente incluídos na Proposta de Ingresso no Plano, após o cumprimento das carências, à saber:

**1) TABELA DE CARÊNCIAS**

<i>Tipo de Atendimento</i>	<i>Carências</i>
A) Para consultas Médicas	01 mês / 30 dias
B) Exames Baixo Custo	01 mês / 30 dias
C) Exames Alto Custo	06 meses / 180 dias
D) Para despesas hospitalares e/ou honorário médicos em regime de internação, exceto os previstos nas letras E/F	06 meses / 180 dias
E) Para internações clínicas ou cirúrgicas relativas a parto, ainda que decorrentes de urgência medica/cirúrgica ou acidente pessoal	10 meses / 300 dias
F) Para serviços relativos a Radioterapia, Quimioterapia e Hemodinâmica, Cateterismo Cardíaco, Cineangiocoronariografia, Arteriografia digital, Angiografia digital	06 meses / 180 dias
G) Procedimento Ambulatoriais porte anestésico zero e ou/ Consultório – Fisioterapia	03 meses / 90 dias
H) Doenças e Lesões Pré Existentes Doenças/Lesões Pré-Existentes e suas conseqüências	24 meses / 720 dias

**2) COBERTURA HOSPITALAR**

<i>Tipo de Atendimento</i>	<i>Carências</i>
Urgências e Emergências	24 horas / 01 dia
Parto e Atos Obstétricos	10 meses / 300 dias
Demais Procedimentos previstos na Cobertura	06 meses / 180 dias
Doenças/Lesões Pré-Existentes e suas conseqüências	24 meses / 720 dias

**QUADRO DE REDUÇÃO DAS CARÊNCIAS**

<b>N ° de Usuários</b>	<b>Carências do grupo inicial e novos funcionários</b>	<b>Inclusões Posteriores, Exceto novos funcionários</b>	<b>Pai e Mãe do Titular*</b>
De 05 a 49 usuários	Sem redução de carência	Sem redução de carência	Sem redução de carência
De 50 a 99 usuários	Isenção Total, exceto pré-existentes e parto	Sem redução de carência	Sem redução de carência
100 usuários acima	Isenção Total	Sem redução de carência	Sem redução de carência

**VIII – ACEITAÇÃO DE ASSOCIADOS**

**1) Proponentes Elegíveis**

**Associado Titular**- Funcionário em plena atividade de trabalho e que comprove vínculo efetivo com o Estipulante;

**Associado Dependente** - Cônjuge, filhos de até 21 anos e filhos excepcionais sem limite de idade.

**Agregados** – Pai, mãe, sogro e sogra

**2) Aceitação**

- a) O Estipulante obriga-se a incluir no plano, qualquer novo proponente elegível, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data de início de sua elegibilidade;
- b) O proponente que na época de início de vigência do contrato, estiver afastado do trabalho por motivo de saúde, tornar-se-á elegível, juntamente com seus dependentes, após o seu efetivo retorno à atividade.

**IX – TIPOS DE PLANO**

<b>PLANO GLOBAL</b> (Cobertura Ambulatorial , Hospitalar Atos Obstétricos e Parto)		<b>PLANO HOSPITALAR</b> (Cobertura Hospitalar , Atos Obstétricos em regime de Internação, Parto e Alta Complexidade)
<b>ACOMODAÇÃO ENFERMARIA</b>	<b>ACOMODAÇÃO APARTAMENTO</b>	
Bronze 120 - <b>3 CONSULTAS*</b>	Bronze 200 - <b>3 CONSULTAS*</b>	<b>Acomodação Enfermaria PRATA 110</b> <b>Acomodação Apartamento OURO 110</b>
Prata 120 - <b>6 CONSULTAS*</b>	Prata 200 - <b>6 CONSULTAS*</b>	
Ouro 120 - <b>12 CONSULTAS *</b>	Ouro 200 - <b>12 CONSULTAS*</b>	
Platina 120 - <b>Sem co-participação</b>	Platina 200 - <b>Sem co-participação</b>	

\* com co-participação

- a) A opção de plano do Associado Titular é obrigatoriamente a mesma para seus dependentes elegíveis;
- b) O Estipulante obriga-se a incluir todos os funcionários de uma mesma categoria profissional, numa única modalidade de plano, com as mesmas Coberturas.

**X – AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**

Para a utilização de quaisquer serviços descritos neste Contrato, será necessária a autorização prévia da Operadora.

**XI – VIGÊNCIA DO PLANO E INÍCIO DE COBERTURA DE CADA ASSOCIADO**

- a) A vigência do plano será de 12 (doze) meses e sua renovação será automática ao fim de cada período de 12 (doze) meses, salvo se uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, comunicar o desinteresse pela mesma;
- b) Manifestado o desinteresse, não serão admitidas movimentações nesse contrato, bem como inclusões de novos Associados, mesmo os nascidos no período de aviso prévio;
- c) A vigência da cobertura de cada Associado, terá início no 1° (primeiro) dia do mês contratual subsequente à data da sua inclusão.

## **XII – CÁLCULO DAS PARCELAS (contra-prestações pecuniárias)**

Os valores das parcelas mensais, serão constituídos pela soma das parcelas individuais dos Associados Titulares e seus dependentes, calculados com base nos planos contratados.

## **XIII – REAVALIAÇÃO DO VALOR DAS PARCELAS**

- a) Independentemente do reajuste anual autorizado pelos Órgãos Oficiais do Governo, a Operadora poderá proceder reajustes dos valores mensais das parcelas quando ocorrerem as seguintes distorções, cumulativa ou isoladamente:

*a.1) Aumento imprevisto do índice de utilização (INU)*

*Quando o índice de utilização (INU) for superior a 70% (setenta por cento), pela fórmula:*

$$\text{Parcela Reajustada} = \text{Parcela Atual} \times \frac{\text{INU}}{70}$$

*onde INU =  $\frac{\text{Atendimentos pagos desde o início de vigência do contrato}}{\text{Parcelas recebidas desde o início de vigência do contrato}} \times 100$*

*As parcelas recebidas referem-se aos valores, efetivamente pagos pelo Estipulante, conforme apontado nas faturas mensais.*

*a.2) Alteração sensível na constituição do grupo de Associados*

*Sempre que a análise da composição etária resultar em uma diferença superior a 5% (cinco por cento) dos valores atuais;*

- a.3) A reavaliação das parcelas mensais considerará os atendimentos e parcelas de todos os Associados, inclusive aqueles decorrentes da continuidade de cobertura dos aposentados e demitidos que gozaram dos benefícios previstos no item “3” da Cláusula XVI, destas Condições Gerais.*

## **XIV – PAGAMENTO MENSAL DAS PARCELAS**

- a) As parcelas mensais deverão ser pagas, até a data do seu vencimento, nos estabelecimentos bancários ou outros locais indicados pela Operadora. Caso a data de vencimento recaia em Sábado, Domingo ou feriado, o pagamento poderá ser efetuado no 1° (primeiro) dia útil subsequente;
- b) Nenhum pagamento de parcelas será reconhecido pela Operadora se o Estipulante não possuir comprovante autenticado por estabelecimento bancário ou pela Operadora, exceto nos casos de esclarecimentos fornecidos diretamente pelos bancos à Operadora;
- c) Sobre a parcela paga após a data de seu vencimento, incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o seu valor original, e juro de mora calculado à razão dos dias de atraso;
- d) O pagamento de uma parcela mensal não quita parcelas anteriores, nem dá ao Associado direito à cobertura, objeto do contrato, caso alguma parcela de mês anterior não tenha sido quitada;
- e) Caso o Estipulante deixe de apresentar, em determinado mês, documento que comprove as inclusões e exclusões de Associados, bem como solicitação de alterações, até o 15° (décimo quinto) dia anterior a data de vencimento da fatura, a Operadora fica autorizada a cobrar a parcela com base no mês anterior;
- f) Nos planos contributários, se o Estipulante deixar de recolher as mensalidades pagas pelos Associados à Operadora, e desde que, os Associados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento do contrato, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos associados, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso a Operadora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos Associados, até que seja regularizada a situação do Estipulante ou vença o Contrato.

## **XV – SUSPENSÃO E REATIVAMENTO DE COBERTURA**

- a) Decorrido o prazo de vencimento da parcela, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, as coberturas do plano ficarão automaticamente suspensas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, responsabilizando-se o Estipulante pelas despesas ocorridas durante o período de suspensão;
- b) Na hipótese de reativação da cobertura do plano pela regularização do pagamento dos prêmios, não haverá cobertura para qualquer tratamento ou serviço, ocorrido ou iniciado durante o período de suspensão de cobertura, mesmo que o tratamento venha a ser concluído após a regularização do pagamento;
- c) Decorridos 30 (trinta) dias da data de vencimento e, não ocorrendo o pagamento da parcela, o contrato estará cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.

## **XVI – CANCELAMENTO DO CONTRATO**

### **1) Cancelamento do Contrato**

Sem prejuízo de outras penalidades legais cabíveis, o contrato estará automaticamente cancelado, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial e sem que caiba indenização à parte infratora, nas seguintes situações:

- a) Omissão, falsidade, inexactidão nas declarações prestadas, que tenham influído na aceitação do proponente, conforme estabelecido no artigo 1.444 do Código Civil;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Contrato;
- c) Quando a parcela não for paga até o 30º (trigésimo) dia após a data de seu vencimento;
- d) Em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- e) Por iniciativa da Operadora ou do Estipulante, com 30 dias de aviso prévio;

### **2) Exclusão do Associado**

- f) Quando o Estipulante solicitar por escrito sua exclusão;
- g) Com a cessão do vínculo entre o Associado e o Estipulante;
- h) Quaisquer situação retratada no item “1” desta Cláusula;

### **3) Associados de Contratos custeados pelo Estipulante (contributários)**

Em caso de cessação de vínculo entre o Associado Titular e o Estipulante, por rescisão contratual sem justa causa ou aposentadoria, o Associado poderá manter os mesmos padrões de benefício, desde que assuma os prêmios devidos em contrato individual de plano de assistência à saúde, pelo prazo a seguir:

#### **a) Funcionários demitidos, sem justa causa**

Período máximo de um terço de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou quando o Associado for admitido em outro emprego.

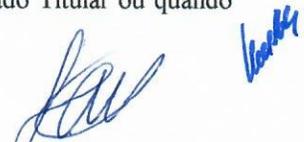
#### **b) Aposentados**

**b.1)** O aposentado que contribuiu como Associado do contrato do Estipulante pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, tem a permanência ilimitada no novo contrato individual; e

**b.2)** Para o aposentado que contribuiu por menos de 10 (dez) anos, fica estabelecida a permanência de 1 (um) ano para cada ano de contribuição.

### **4) Cancelamento do Plano do Associado Dependente**

A cobertura do Associado Dependente cessa concomitantemente com a do Associado Titular ou quando perder a condição de dependência, conforme Cláusula VIII.



**XVII – DISPOSIÇÕES FINAIS**

- a) A partir do primeiro dia subsequente ao cancelamento do contrato, cessa para todos os efeitos legais a responsabilidade da Operadora e o Estipulante reconhece como dívida líquida e certa a favor da Operadora as despesas advindas de utilização indevida dos cartões de identificação, já que seu recolhimento, a qualquer tempo, é de responsabilidade do Estipulante;
- b) Nenhuma responsabilidade caberá a Operadora por atos profissionais dolosos, culposos ou acidentais, resultantes de procedimentos médicos, hospitalares ou Laboratoriais;
- c) O Associado autoriza a Operadora a solicitar informações junto a médicos, hospitais e laboratórios, bem como concorda em realizar exames ou perícia médica, a qualquer tempo;
- d) A Operadora admitirá transferência dos Associados de modalidade de plano, nos casos de promoção, devendo estes permanecerem no mesmo plano por um período não inferior a 12 (doze) meses.

**XVIII – FORO**

Para dirimir quaisquer dúvidas, ou impetrar demandas judiciais, fica eleito o Foro da Comarca de Araraquara.

Araraquara, 01 de agosto de 2001.



\_\_\_\_\_  
Irmandade da Stª Casa de Misericórdia de Araraquara  
Vicente Michetti – CPF 011.864.188-34  
Provedor



\_\_\_\_\_  
Mária do Carmo Mathias – CPF 058.882.158-62  
Vice-Provedora



\_\_\_\_\_  
CTA - Companhia Troleibus Araraquara  
Companhia Troleibus Araraquara  
Lutz Antonio Velludo  
Diretor Jurídico

## CONDIÇÕES COMERCIAIS CONTRATO EMPRESARIAL COBERTURA MÉDICO-ODONTOLÓGICA

As condições abaixo discriminadas retratam fielmente a negociação ocorrida entre a IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAQUARA - CNPJ 43.964.931/001-12 e o CTA - CIA DE TROLEIBUS ARARAQUARA - CNPJ. 43.956.028/0001-00, estando portanto ambas as partes de pleno acordo as referidas condições passam a fazer parte integrante do **contrato nº 240 (M)**.

I - O presente contrato se restringe aos funcionários da CTA e seus dependentes diretos ( cônjuge e filhos ) e nele esta contemplado as coberturas Médico - Hospitalar- Obstétrica com adesão automática do corpo funcional ;

II - O contrato terá início à 00:00 horas do dia 01.agosto.2001 e se encerrará às 24:00 do dia 31 de julho de 2002, podendo se renovar por um periodo de 12 (doze) meses caso não haja manifestação contrária pelas partes com a antecedência de 60 dias;

III - Os valores das mensalidades no plano OURO para o primeiro exercício será de:

R\$ 31,00 (trinta e hum reais), por inscrição no plano individual;

R\$ 29,00 (Vinte e nove reais) até 04 (quatro) pessoas inscritas, dentro de um grupo familiar;

R\$ 28,00 (Vinte e oito reais) até 05 (cinco) pessoas inscritas, dentro de um grupo familiar;

R\$ 27,00 (Vinte e sete reais) até 06 (seis) pessoas inscritas, dentro de um grupo familiar;

R\$ 26,00 (Vinte e seis reais) até 07 (sete) pessoas inscritas, dentro de um grupo familiar;

R\$ 50,00 (Cincoenta reais) por inscrição de agregados até 59 anos;

R\$ 68,00 (Sessenta reais), por inscrição de usuário agregado acima de 60 anos.

III - a) As acomodações serão em apartamentos semi-privativos " **Plano Ouro 120** ";

IV - O movimento mensal de inclusões e exclusões ocorrerá no máximo até o dia 20 de cada mês, passando a ter como vigência o 1º. dia do mês subsequente ao processamento do desconto na folha de pagamento do funcionário, observando-se a fidelidade ao principio de pré- pagamento;

V - O vencimento da fatura ocorrerá no dia 15 de cada mês da vigência do contrato;

VI - Aos funcionários que necessitem oferecer aviso prévio para sua atual operadora de saúde, para serem admitidos no Plano de Saúde da Santa Casa, poderão fazê-lo no prazo de até 60 dias após assinatura deste contrato.

VII - Novos funcionários poderão ser incluídos no plano em até 90 dias após sua admissão, sem carências, permanecendo para demais casos o disposto no contrato mestre;

VIII - Estão contemplados no presente contrato cobertura para doenças profissionais inclusive "LER", Acidente de Trabalho e Odontologia de Emergência, para os funcionários da C.T.A. que optarem pela admissão no plano da Santa Casa Saúde de Araraquara;

IX - Dentro do presente acordo será permitida a divulgação e acesso ao corpo funcional para a oferta opcional do Plano Odontologico Global, ao custo de R\$ 10,00 ( Dez Reais ) por usuário, com desconto em folha, sendo opção de adesão facultada ao livre arbítrio do funcionário e extensivo a seus dependentes ;

X - As demais cláusulas constantes do Contrato Empresarial permanecem inalteradas.

Irmandade da S<sup>a</sup> Casa de Misericórdia de Araraquara

Companhia Troleibus Araraquara  
Companhia Troleibus Araraquara  
Luiz Antonio Velludo  
Diretor Jurídico

Araraquara (SP), 27 de maio de 2011.

Prezado Cliente,

Servimo-nos da presente para solicitar a atenção de V.Sas. para as seguintes informações:

1 – A partir de 01 de junho de 2011, a responsabilidade pela prestação dos serviços médico/hospitalares e toda a cobertura assistencial e administrativa para os clientes/beneficiários do plano de saúde denominado Santa Casa Saúde passará a ser da operadora de saúde Unimed de Araraquara Cooperativa de Trabalho Médico.

2 – A transferência dos contratos (incluídos aí todos os planos de saúde, individuais/familiares e coletivos), anteriormente mantidos pela operadora Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara foi concluída com anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, depois de atendidas todas as normas exigidas pela mesma e o conseqüente registro do “Instrumento Particular de Cessão Voluntária de Direitos e Obrigações decorrentes de Contratos de Assistência Médica e Hospitalar” no 1º Oficial de Registro de Imóveis, Registro de Títulos e Documentos Civil da Pessoa Jurídica e Tabelião Protesto de Letras e Títulos sob o número 53811.

3 – Informamos que ***serão mantidas integralmente todas as condições vigentes nos contratos originais, inclusive quanto à data de aniversário do reajuste das mensalidades, coberturas contratuais e rede credenciada e referenciada***, sem restrições de direitos ou prejuízos aos beneficiários da carteira

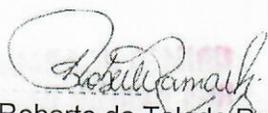
dos planos de saúde, sem interrupção da prestação de assistência, principalmente aos que estejam em regime de internação hospitalar ou em tratamento continuado e sem aplicação de quaisquer carências adicionais no que se refere aos contratos cedidos.

4 – Não haverá alterações nas rotinas de autorizações de procedimentos e de relacionamento com o beneficiário que será mantido nas dependências da Santa Casa.

Colocamos – nos à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se mostrem necessários.

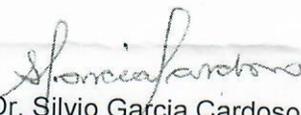
Atenciosamente,

  
Dr Valter Curi Rodrigues  
Provedor

  
Luis Roberto de Toledo Ramalho  
Vice-Provedor

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara**

  
Dr. Luis Roberto de Moura Neves  
Diretor Presidente

  
Dr. Silvio Garcia Cardoso  
Diretor Administrativo Financeiro

**Unimed de Araraquara Cooperativa de Trabalho Médico**