

Unimed

Três Corações

PROGRAMA GED

OFICINA DE DIGITALIZAÇÃO

UNIMED TRÊS CORAÇÕES

DOCUMENTO INDIVIDUAL

CÓD REFERENCIA DO
DOCUMENTO

1

CODIGO DO
CONTRATANTE

2347140000001005

NOME DO
CONTRATANTE

MARIA CELESTE TAVARES KIRSTEN

CNPJ / CPF

79236561772

DATA DO DOCUMENTO

07/09/2000

COMPLEMENTO

TERMO DE CONTRATAÇÃO

GAVETA DO ARQUIVO

UNIMED TRÊS CORAÇÕES

Rua Vereador Daniel Neder, 149
CGC.42.855.999/0001 09
No.Registro Susep. 35.903

Proposta/Contrato No.

481.361/00-5

234.7450.000008.00-5

Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde

A - Dados Pessoais

Nome MARIA CELESTE TRAVARES KIRSTEN		Data/Nasc 06/04/61	
RG 05985697-1 (RJ)	CPF 792365617/72	Estado civil SOLTEIRA	Sexo FEM.
Endereço Rua Miguel Cordeiro		Número Quilômetro "D"	Complemento lote 06
Bairro Ilha DE MADEIRA	CEP 23821-520	Município ITAGUAI	UF RJ
Telefone/fax Residencial (021) 688-1732		Telefone/fax Comercial ()	
Correio Eletrônico (e-mail)			
Principal Atividade			

B - Tipo de Plano

ipo de Plano	☐ Ambulatorial	☐ Hospitalar c/Obst.	☐ Referência
	☒ Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia	☐ Outro	
Categoria	☒ Individual	☐ Enfermaria	☐ Regional
	☐ Coletivo	☒ Quarto Privativo	☐ Local Nacional
Condição de associação proposta		☐ Participante Dependente	
☒ Participante Titular			
Campos a serem preenchidos pelo proponente a Participante Titular (só planos empresariais)			
Empresa/Instituição	Data/Contratação	Função	
Plano Coletivo Empresarial para Funcionários		Plano Coletivo por Adesão para Demitidos/Exonerados/Aposentados	
Campo a ser preenchido pelo proponente a Participante Dependente			
Relação de dependência com o Associado Titular			
☐ Filho(a)		☐ Cônjuge	
☐ Outra			
Contribuição Básica	Impostos	Taxa de Inscrição	Total
R\$ 152,50	-	-	R\$ 152,50
Nome do Corretor / Agente	Matrícula	Canal	
Luiz Henrique			
Período de Vigência, a partir da aceitação da proposta			
Nome Plano Anterior	No. Contrato Anterior	Data de Início do Plano Anterior	Valor Última Parcela
Unimed - B, 1, 2, 3	2000 000030	04/09/97	R\$ 111,00

C - Forma de Pagamento

☐ Débito em Conta Corrente	☒ Boleto Bancário	☐ Carnê
Dados para Reembolso e/ou Débito automático		
Banco	Cod. Banco	Agência
		Cod. Agência
Conta		

OBS:

1. Primeiro Pagamento P/ 15/09/2000
2. CATEGORIA 00 (Internações Psiquiátricas 180 Dias)

Luiza Savaris Kirsten
P/ Maria Celeste Savaris Kirsten

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Pela presente, solicito a inclusão do meu nome relacionado no anverso, ou do titular menor de 18 anos por mim representado, no "Plano de Assistência à Saúde" da UNIMED averbada pelo "Agente" ou "Corretor" descrito no anverso desta "Proposta de Adesão", ao qual concedo o direito de agir em meu nome ou em nome do titular por mim representado em cumprimento a todas as cláusulas do "Regulamento do Plano" deste respectivo contrato, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao "Averbador" que, para tal fim, fica investido de poderes de representação.

Declaro ainda que, ao preencher a presente "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde", recebi uma cópia de seu "Regulamento do Plano" contendo as respectivas "Condições Gerais" deste plano que estou aderindo.

O "Regulamento do Plano" é parte integrante desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde".

Declaro ainda que assinei em complemento a esta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" uma "Declaração de Ciência daquilo que está sendo Contratado" em separado, para que não haja quaisquer dúvidas quanto ao conhecimento por minha parte com relação a aquilo que estou contratando.

Declaro ainda, para todos os fins e efeitos:

1. Quando da assinatura desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" fui cientificado que terei que realizar uma "Entrevista Qualificada" preenchendo um "Questionário", relacionando na presença de um médico orientador, Quaisquer "Doenças, ou Lesões Pré Existentes" relacionados com a minha saúde, ou relacionados com a saúde de titular menor de 18 anos por mim representado, que eu tenha conhecimento, ou que eu já tenha recebido tratamento médico no passado.
2. Estou também ciente, que em função da "Entrevista Qualificada" e "Questionário" à critério da UNIMED posso ser solicitado a realizar alguns "Exames Pré Admissionais". Tanto a "Entrevista Qualificada" e "Questionário" como quaisquer exames que forem solicitados pela UNIMED não implicarão em quaisquer ônus por minha parte.
3. Declaro que me foi oferecida e tomei ciência da existência de "Plano de Assistência a Saúde - Referência", de acordo com a Lei no. 9.656/98, de 03/06/98, sendo, porém, minha opção, a escolha do presente produto.

Di. Ba. Savares Kirsten

P/ Maria Beliste Savares Kirsten

4. Após o preenchimento e assinatura desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde", assinatura de "Declaração de Ciência daquilo que está sendo Contratado", realização de "Entrevista Qualificada" com preenchimento de "Questionário", e se for o caso, realização de "Exames Pré Admissionais" a UNIMED emitirá um "Certificado Individual" em meu nome, ou em nome de titular menor de 18 anos por mim representado, confirmando a aceitação desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" para o período de vigência anotado na primeira página desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" dando a mim, ou ao titular menor de 18 anos por mim representado o direito de utilizar os serviços descritos no "Regulamento do Plano" nos locais constantes da "Relação de Prestadores de Serviço" à partir da data de início de vigência deste contrato.
5. O "Certificado Individual" é parte integrante deste contrato.
6. Que tenho ciência que o "Certificado Individual" confirmando a aceitação de minha "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" somente será emitido após o pagamento do valor da primeira "Contribuição" em estabelecimento bancário e sua entrega na UNIMED, até 72 horas da data de assinatura da mesma. No caso de pagamento através de cheque, este somente será considerado válido após a liquidação do mesmo pelo banco sacado.
7. Que o banco, código expresso no anverso, está autorizado a debitar na conta por mim indicada nesta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" (Forma de Cobrança = Débito em conta ou Cartão), a importância correspondente às parcelas das "Contribuições" aqui referidas, comprometendo-me a manter saldo suficiente para esta finalidade, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade, multas ou acréscimos decorrentes da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data de vencimento.
8. Declaro ainda que para os devidos efeitos que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente com estou de que, de acordo com o artigo 1444 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência à Saúde", ou na "Contribuição", a inscrição será, em qualquer época, nula e perderei o direito aos valores relativos à cobertura oferecidas por este "Plano de Assistência à Saúde" sendo ainda responsável pelo pagamento de quaisquer "Contribuições" vencidas.
9. Declaro que tenho conhecimento de que os procedimentos relativos a atendimentos de "Urgência" e "Emergência" que por ventura venha realizar fora da rede credenciada da UNIMED só serão reembolsados até os limites estabelecidos na "Tabela de Reembolso", que faz parte integrante do "Contrato" e que pode ser consultada por mim na sede da UNIMED.

Local e Data

Assinatura do "Proponente"

Tres Corações 01/09/2020

Dilza Saraiva Kirsten
 P/ Maria Celeste Saraiva Kirsten



TRÊS CORAÇÕES

Unimed Três Corações – Coop. Trab. Médico Ltda
Rua Vereador Daniel Neder, 149 - Centro
CNPJ : 42.855.999/0001-09 Insc. Est. Isenta
Fone/Fax: (035) 232-4046

13ª revisão

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DAQUILO QUE SERÁ CONTRATADO

EU, Maria Belste Soares Kirsten, portador do RG número _____, na qualidade de "Proponente", ou representante de titular menor de 18 anos, tendo preenchido uma "Proposta Individual de Adesão a Plano de Assistência a Saúde" e tendo recebido da UNIMED TRÊS CORAÇÕES

- 1) Uma cópia do "Regulamento do Plano" de Assistência a Saúde.
- 2) Um "Material Explicativo" do "Plano de Assistência à Saúde".

Tendo lido este material e recebido uma explicação detalhada sobre o assunto, bem como, indagado, e tendo recebido todos os esclarecimentos necessários:
Declaro estar ciente e saber:

- exatamente o que eu estou comprando;
- quanto vai custar;
- quando e quanto os preços vão ser alterados;
- quais são as minhas responsabilidades com relação ao plano;
- quais são os meus direitos;

Declaro também que fui informado, pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES, de que qualquer dúvida que, por ventura, eu possa vir a ter no futuro, deverá ser esclarecida mediante contato com a UNIMED TRÊS CORAÇÕES, que poderá ser feito pelo telefone (035)232-4046 ou diretamente, no endereço RUA VEREADOR DANIEL NEDER 149 – Centro – TRÊS CORAÇÕES – MG CEP 37410-000.

Sei, que vou ter que realizar uma "Entrevista Qualificada", quando devo preencher um "Questionário Completo", na presença de um médico orientador, declarando toda e qualquer "Doença, ou Lesão Pré Existente", que eu, ou que titular menor de 18 anos por mim representado tenha conhecimento e que eu já tenha recebido tratamento médico no passado.

Dilza Soares Kirsten
P/ Maria Belste Soares Kirsten



TRÊS CORAÇÕES

Unimed Três Corações – Coop. Trab. Médico LTDA
Rua Vereador Daniel Neder, 149 - Centro
CNPJ: 42.855.999/0001-09 Insc. Estad. Isento
Fone/Fax: (035) 232-4046

Sei que qualquer declaração falsa de minha parte poderá ser utilizada pela UNIMED TRÊS CORAÇÕES em juízo, e de forma extrajudicial contra mim, ou contra titular menor de 18 anos por mim representado.

Estou ciente, que em função da "Entrevista Qualificada" e "Questionário", posso ser solicitado a realizar alguns "Exames Pré Admissionais".

Sei também, que posso ser dispensado desta entrevista, em função das condições de contratação de acordo com a Legislação Vigente sobre o assunto.

Estou ciente de que, se durante o preenchimento do "Questionário", ou através de "Exames Pré Admissionais", se for constatado a existência de qualquer "Doença, ou Lesão Pré Existente", a UNIMED TRÊS CORAÇÕES me apresentará duas opções, para me aceitar como "Participante", ou seja, a "Cobertura Parcial Temporária", ou o "Agravo".

Subentende-se como "Cobertura Parcial Temporária" a aquela que admite num prazo determinado a suspensão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às exclusões estabelecidas no contrato relativas a quaisquer "Doenças, ou Lesões Pré Existentes".

Subentende-se com "Agravo" a qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga a este "Plano de Assistência a Saúde".

Na hipótese de se constatar qualquer "Doença, ou Lesão Pré Existente", a escolha de uma das alternativas acima citadas dependerá exclusivamente de decisão do consumidor.

Sei que após esta entrevista, devo pagar a taxa de inscrição e a primeira parcela referente ao plano e receberei pessoalmente ou pelo correio:

- o Um "Certificado Individual";
- o Um "Boleto bancário" para pagamento;
- o Uma "Relação de Prestadores de Serviço";
- o Uma "Carteira de Identificação"

E a partir da data de início de vigência deste contrato, de posse da "Carteira de Identificação", terei direito, ou o titular menor de 18 anos por mim

Liba Soares Kuster
P/ Sr. Maria Belen Soares Kuster



TRÊS CORAÇÕES

Unimed Três Corações – Coop. Trab. Médico LTDA
Rua Vereador Daniel Neder, 149 - Centro
CNPJ: 42.855.999/0001-09 Insc. Estad. Isento
Fone/Fax: (035) 232-4046

representado, terá o direito de utilizar dos serviços que ora pretendo contratar, durante o período de vigência do presente contrato.

Sei também, que só poderei me utilizar dos serviços que estou contratando em médicos, clínicas, laboratórios, pronto socorros e hospitais relacionados na "Relação de Prestadores de Serviço" que vou receber.

Estou ciente que a UNIMED TRÊS CORAÇÕES não me reembolsará por qualquer despesa médica que fizer fora da rede relacionada na "Relação de Prestadores de Serviço", excluindo-se os casos caracterizados como de "Urgência" e "Emergência", se me encontrar em trânsito, fora de meu domicílio de origem, numa localidade onde a UNIMED TRÊS CORAÇÕES não possua "Cooperados" ou "Credenciados", ou que a "Urgência" e "Emergência" seja de tal gravidade, que não haja tempo hábil para se deslocar até um local onde hajam "Cooperados", ou "Credenciados" listados na "Relação de Prestadores de Serviço", ou uma UNIMED Correspondente. Nesta hipótese, a UNIMED TRÊS CORAÇÕES se responsabilizará apenas pelo reembolso de despesas referentes à, no máximo as primeiras 12 horas de atendimento, bem como, em se tratando de "Participantes" que não estejam em período de carência, os atendimentos de "Urgência" e "Emergência" que evoluírem para internação, desde que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante da "Relação de Prestadores de Serviço", até os limites estabelecidos pela "Tabela de Reembolso" da UNIMED TRÊS CORAÇÕES e de acordo com rotinas descritas no item G.1.6. do "Regulamento do Plano" que define inclusive, os documentos necessários para se efetuar o reembolso.

Local	Data	Assinatura
Três Corações	01/09/2020	

Dilza Savares Kristen
P/ Maria Belste Savares Kristen.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

DGPC/OPT/INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FÉLIX PACHECO



10



ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

059S5697-1

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/02/87

NOME

MARIA CELESTE TAVARES KIRSTEN

FILIAÇÃO

ORMANDO AGUIAR KIRSTEN
DILZA TAVARES KIRSTEN

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO

DATA DE NASCIMENTO

06/04/1961

DOC ORIGEM

C-NASC LIV A460 FLS 145
TER 0038830 C-11 RIO DE JANEIRO RJ

CPF

79236561/12

001

CHESVA ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.168 DE 29/08/83

340

Unimed Três Corações Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.

Ao Setor de Cadastro:

Venho através desta solicitar o abaixo discriminado:

Contrato nº 2000 00030 Plano: Uniplan
Unimed: Três Corações (X) Apto. () Enf.

- 1- Exclusão de Usuários ()
- 2- Exclusão de Opcionais ()
- 3- Cancelamento de Contrato (X)

Titular: MARIA CELESTE FERNANDES KIRSTEN

Dependente: _____

Motivo: Migração p/ plano Amb. Hosp. Obst. Nacional / S/ CO. Partic.

Declaro estar ciente que, em caso de cancelamento ou exclusão, a carteira de usuário, certificado individual de adesão, bem como todos e quaisquer direito à utilização do plano de Assistência Médico – hospitalar dos usuários acima definidos, perdem sua validade no dia 01 / 09 / 2000

Portanto, responsabilizo – me pela devolução das carteiras de usuário, ciente de seu uso indevido.

Três Corações 11 de agosto de 2000

Maria Celeste Fernandes Kirsten
Assinatura do Contratante

Contratada

Maria Celeste Fernandes Kirsten

Vencimento 15000

UNIMED TRES CORACOES - COOP. DE TRAB. MEDICO LTDA
R. VEREADOR DANIEL NEDER, 149 - CENTRO
CEP 37410-000 TRES CORACOES - MG FONE-FAX 231-1179

UNIPLAN

PROPOSTA DE ADMISSAO

transp Jro
U1

MODALIDADE: PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR

Individual

CODIGO DO USUARIO : 2 3 4 2 0 0 0 0 0 0 0 3 0 0 0 0

DADOS DO CONTRATANTE

NOME: Dilza Tavares Kirsten. PROFISSAO:

comerciante

ENDERECO: Cobranca: R. Sebastiao Sacerda

n.º 30 bloco 02 apt 106 zona sul.

BAIRRO: Laranjeiras

CIDADE: Rio de Janeiro R.J. CEP: 22.240.100 TEL.: (021) 556.4980

CPF: 01.00.389.678-2

CART. IDENTIDADE: 2.330.828

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: Feminina EST. CIVIL: Casada

ENDERECO COMERCIAL: km 1.0 Calçada 18.

CIDADE: 1. Coração CEP: 37.410.000 TEL.: 231.1106

EX-USUARIO UNIMED () SIM (X) NAO

EMPRESA: UNIMED DE

O CONTRATANTE E USUARIO: Nao

DADOS DOS DEPENDENTES

1- NOME Nascimento 06/04/61

Maria Celeste Tavares Kirsten 234.2000.00003000-2

SEXO: Feminina ESTADO CIVIL: Solteira PARENTESCO: Filha

2- NOME Nascimento / /

SEXO ESTADO CIVIL PARENTESCO

contrato ok
20/10/97

excluida

caixa zero

DECLARACAO

Declaro nao ser portador de nenhuma doenca quer cronica quer aguda, a nao ser as acima observadas, sendo que, assumo total responsabilidade pelas informacoes constantes desta proposta de admissao feitas por mim espontaneamente, tendo conhecimento que caracteriza crime de falsidade ideologica a inexatidao de qualquer informacao, bem como declaro conhecer os termos do CONTRATO, o qual aceito sem reservas.

Tres Coracoes, 04 de Setembro de 1997.

Lilza Savaris Kirsten

Assinatura do Proponente 2.330.828/cpf 0100389672

Documentos necessarios:

Contratante/Titular: Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Renda.

Dependentes: Certidao de Casamento ou Nascimento conforme o caso.

Para uso interno da Unimed

Conselho Diretor	Gerencia	Cadastro	Vendas
Data ___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
_____	_____	_____	_____

Taxa de Inscricao: _____ x 54,00 = 54,00

_____ x _____ = _____

_____ x _____ = _____

Total.....Cr\$ = 54,00

Mensalidade Inicial: _____ x 96,43 = 96,43

_____ x _____ = _____

_____ x _____ = _____

Total.....Cr\$ = 96,43

TOTAL DA INSCRICAO + MENSALIDADE => Cr\$ = 150,43

UNIMED TRES CORACOES-COOPERATIVA DE TRAB MEDICO LTDA.
Rua Vereador Daniel Neder, 149 - CEP 37410-000
TRES CORACOES - MG - TELEFAX (035) 231-1179

DECLARACAO DE SAUDE E MOLESTIAS PRE-EXISTENTES
(Resposta do proprio punho "SIM" ou "NAO")

PLANO _____ CONTRATO _____

NOME DO USUARIO

Ma Celeste Lavaras Kirsten

IDADE

36 anos

PESO

53,0 Kg

ALTURA

1,65.

- 01 - Fuma? (Sim)
02 - E diabetico? (nao)
03 - E hipertenso? (nao)
04 - E cardiopata? (nao)
05 - E portador de deficiencia fisica? (nao)
06 - E portador de deficiencia mental? (Sim)
07 - Tem alguma patologia congenita? (nao)
08 - Tem cicatrizes? (nao) Especifique:
09 - Tem catarata? (nao)
10 - Fez cesarea? (nao) quando? ____/____/____ quantas?
11 - Teve parto normal? (nao) quando? ____/____/____ quantos?
12 - Tem varizes? (nao)
13 - Tem hernia ? (nao) : () inguinal () incisional () disco
14 - Pratica algum esporte por competicao (nao) qual?
15 - Tem algum tratamento em curso? (nao) qual?
16 - Utiliza algum medicamento de uso contínuo? (nao) quais?
17 - Esteve afastado de suas atividades nos ultimos 12 meses? (nao)
18 - Tem hipertofria mamaria? (nao)
19 - Doenca psiquiatrica? (nao)
20 - Molestia contagiosa? (nao)
21 - Usa lentes, aparelho ortopedico, aparelho de surdez, valvulas ou proteeses? (nao) qual(is)?
22 - Calculo renal? (nao) Calculo biliar? (nao)
23 - Ulcera peptica? (nao)
24 - Artrite reumatoide? (nao) Lupus? (nao)
Obs.: _____

DECLARACAO

Assumo total responsabilidade pelas informacoes acima, feitas por mim espontaneamente, tendo conhecimento que caracteriza crime de falsidade ideologica a inexactidao de qualquer informacao, inclusive perda do direito de utilizacao, bem como declaro conhecer os termos do CONTRATO, o qual aceito sem reservas.

Tres Coracoes, 04 de

de Setembro de 1994

Maria Celeste Lavaras Kirsten

Assinatura do Contratante ou Responsavel

INSTRUMENTO DE OPCAO

Na Celso Tavares Kirsten

CPF no. 0038830.

residente D. Sebastião Sacerda nº 30 bloco 02 apt. 106 Zona sup.
na presença de duas testemunhas, para os devidos fins direito, es-
pecialmente para atender os termos dos arts. 46 e parag. quarto
do art. 54, ambos os Codigos de Defesa ao Consumidor, Lei
8.078/90, que nesta data, firmou voluntariamente com a Unimed
Tres Coracoes, contrato de prestacao de servicos medicos-
hospitalares. Nesse contrato, cujo conteudo e um plano de saude,
existe uma relacao expressa dos servicos a que se obriga a Unimed
Tres Coracoes, bem como o valor do seu custo e as clausulas de
reajuste das prestacoes. Suas clausulas foram lidas
integralmente pelo declarante, que firmou livremente o ajuste
depois de aceita-las.

Declara, mais, que a Unimed Tres Coracoes ofereceu ao declarante
a alternativa de firmar contrato de prestacao de servicos
ilimitada, abrangendo todas as enfermidades. Entretanto, o
declarante decidiu pela alternativa que melhor atendia o seus
interesses, firmando o contrato que fica fazendo parte integrante
deste instrumento de opcao.

Tres Coracoes, 04 de Setembro de 1997

A

Assinatura do Contratante x Riba Tavares Kirsten

Testemunhas:

UNIMED TRES CORACOES - COOP. TRABALHO MEDICO LTDA
RUA VEREADOR DANIEL NEDER, 149 - CENTRO
37410-000 - TRES CORACOES - MG
CGC: 42.855.999/0001-09



TERMO DE ADIANTAMENTO CONTRATUAL
(Serviço de Assistência Aeromédica e "Serviço de Remoção Terrestre U.T.I Móvel")

CONTRATO Nº _____

CONTRANTE:

Ma. Celeste Tavares Kirsten
(Dilza Tavares Kirsten)

CONTRATADA: UNIMED TRES CORACOES COOP. DE TRABALHO MEDICO

Pelo presente termo de aditamento contratual, as partes já qualificadas na proposta de Admissão resolvem, de comum acordo, ampliar o contrato de prestação de serviços médico e hospitalar como se segue:

1 Serviços de Assistência Aeromédica

1.1 Aos usuários inscritos, ficam assegurados o transporte, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, exceto prótese, de estabelecimento médico-hospitalar no País, obedecidas as seguintes condições:

- a) Apresentar a Carteira de Identificação válida e o comprovante da mensalidade quitado, em dia;
- b) Ter cumprido o prazo de carência do serviço a ser utilizado;
- c) Que o serviço a ser utilizado esteja coberto pelo contrato e credenciado pelo **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, o serviço será orientado somente para os hospitais em conformidade com o Contrato de Prestação de Serviços;
- d) Que a localidade de origem do paciente/usuário esteja situada há mais de 50 km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino;
- e) Autorização prévia da **CONTRATADA**.

1.2 Estes serviços serão requisitados diretamente ao Serviço Médico Central da **UNIMINAS**, exclusivamente pelo médico cooperado assistente que estiver prestando o atendimento, pelo Telefone 0800-312312, desde que atendidas as condições dos itens 1.1 e 1.3.

reimplante (respeitando o período de viabilidade infarto agudo do miocárdio, com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico, picada de animais peçonhentos, com risco de vida, e que sugira **U.T.I.**

1.4 Se alguma das patologias acima decorrer de tentativa de suicídio, a **CONTRATADA** não terá qualquer obrigação de atendimento; caso este ocorra, os custos (inclusive de locomoção de aeronaves e ambulâncias) serão de responsabilidade do **CONTRATANTE**;

1.5 Estão fora da cobertura contratual os portadores de **AIDS** e de insuficiência renal crônica, assim como os pacientes em coma "depassé" e aqueles sem possibilidades terapêuticas ("fase terminal");

1.6 O Translado Aeromédico será efetuado pela **UNIMINAS**, com sede na cidade de Belo Horizonte - MG, representada pela **CONTRATADA**, a quem caberá definir o tipo de aeronave a ser enviada, de acordo com sua disponibilidade, condições de navegabilidade aérea e a estrutura aeroportuária das regiões envolvidas, decolagens, pousos e abastecimentos, bem como manter seguro para cobertura de sinistro por ábitos ou eventuais danos físicos sofridos por paciente/usuário quando do transporte, obedecidas as cláusulas e condições do Contrato firmado entre a última e a primeira.

2 SERVIÇO DE REMOÇÃO TERRESTRE U.T.I. MOVEL

2.1 Ficam assegurados a cobertura de Remoção Terrestre **U.T.I. MOVEL** aos usuários inscritos, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, exceto prótese, em toda situação que exija cuidados médicos imediatos, com risco de vida, exclusivamente por indicação médica, de estabelecimento médico-hospitalar em qualquer ponto do País para outro estabelecimento médico-hospitalar no País, ou deste para residência ou vice-versa, obedecidas as seguintes condições:

a) Apresentar carteira de Identificação válida e o comprovante da mensalidade quitado, em dia;

b) Ter cumprido o prazo de carência do serviço a ser utilizado;

c) Que o serviço a ser utilizado esteja coberto pelo contrato de prestação de serviços médicos / hospitalares e credenciado pelo Sistema Nacional Unimed, o serviço será orientado somente para os hospitais em conformidade com o Contrato de Prestação de Serviços;

d) Autorização prévia da Contratada;

Estão fora de cobertura de remoção terrestre os portadores de patologias que ponham em risco a integridade física e a saúde dos passageiros da Ambulância/**U.T.I.**, tais como doenças infecto-contagiosas. Também estão fora de cobertura contratual os portadores de insuficiência renal crônica, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas (fase terminal), bem como portadores de patologias incompatíveis com o

Tristão
Savass
Aliza

transporte terrestre. Da mesma forma estão fora de cobertura contratual os pacientes portadores de **AIDS**, e os acometidos por lesões decorrentes de tentativa de suicídio, uso de bebidas alcoólicas, uso voluntário de drogas ilícitas, e os com lesões produzidas por atos involuntários ou ainda, quando se tratar de procedimento eletivo (simples remoção sem risco de vida).

3 Por consequência da ampliação, fica alterado o preço pactuado da mensalidade, que é acrescido, por usuário inscrito, da quantia de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos), quantia essa que será incorporada à mensalidade e reajustada automaticamente na data base do contrato.

4 Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os benefícios assegurados, os excluídos e os limites. Assim, qualquer alteração destes itens serão procedidas mediante aditivo contratual, com a consequente repactuação dos valores devidos. Esta ampliação é restrita aos itens nela mencionados e em hipótese alguma a Contratada dará cobertura aos serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico que não constam no instrumento principal, Contrato de Prestação de Serviços.

5 Os Serviços de Assistência aeromédica e de Remoção Terrestre **U.T.I Móvel** obedecerão as carencias de coberturas do procedimento (internação) a ser utilizado, conforme estabelecido no Contrato de Prestação de Serviços para o Plano Individual ou Familiar, conforme o caso.

6 Permanecem inalteradas e em plena vigência as cláusulas e itens do Contrato de Prestação de Serviços não prejudicadas por esta alteração.

Tres Coracoes, 4 de Setembro de 1997.

Unimed Tres Coracoes - Cooperativa
de Trabalho Médico

Rilza Savaris Kuslich
Contratante

Testemunhas:

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO -
HOSPITALARES**

Nome do Contrato Nº:

CONTRATANTE:

Ma. Pelete Tavares Kirsten.
(Dilza Tavares Kirsten.)

CONTRATADA:

1 - As partes acima identificadas e qualificadas resolvem, de comum acordo, aditar o Contrato de Prestação de Serviços Médico Hospitalares acima citado, firmado em 04 de Setembro de 19 97.

2 - A cláusula XI - Benefícios Especiais - item 11.1. Seguro de Morte Acidental ou Morte Natural, sub-item 11.1.1 passa a ter a seguinte redação:

"Aos usuários titulares inscritos, 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-se as seguintes condições:

- a) A CONTRATANTE deverá estar em dia com o pagamento das mensalidades;
- b) Ter o usuário titular cumprido prazo de 6 (seis) meses de permanência no plano, contados da data da sua inscrição."

3 - Permanecem em vigor, as demais cláusulas e condições não alteradas por este ou outro instrumento.

4 - E por estarem justos e acertados, assinam o presente instrumento que passará a ter vigência em _____ de _____ 19 _____, em duas (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

T. Poracão 04/09/97
Local e Data

CONTRATANTE

x *Dilza Tavares Kirsten*

CONTRATADA

TESTEMUNHAS