

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
MÉDICOS AMBULATORIAIS / COLETIVO POR ADESÃO**

CONTRATAÇÃO: Coletivo por Adesão
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: Municipal
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Ambulatorial
FORMAÇÃO DO PREÇO: Pós-Estabelecido
VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO: Sem Vínculo Empregatício
PLANO OPERA EXCLUSIVAMENTE COMO LIVRE ESCOLHA: Não

CONTRATANTE:

Empresa: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Fone: _____ CNPJ: _____
Representantes Legais: _____

CONTRATADA: Unimed de Mococa – Cooperativa de Trabalho Médico, inscrita no CNPJ sob n.º 00.552.181/0001-69, sediada à Av. João Baptista de Lima Figueiredo, 1818, Mococa-SP, CEP 13733-450.

Por este instrumento particular, as partes acima identificadas e devidamente qualificadas, doravante designadas CONTRATANTE e CONTRATADA - UNIMED DE MOCOCA, respectivamente, resolvem celebrar este Contrato para a Prestação de Serviços Médicos Ambulatoriais, que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

1 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1.1 – Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

1.2 – Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que mantenham vínculo com a CONTRATANTE, **mediante comprovação.**

1.3 – Para manutenção do plano deverá ter no mínimo 50 Titulares inscritos.

1.4 – Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiário Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

1.4.1.– Cônjuge;

1.4.2.– O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;

1.4.3– Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos.

1.4.4– Os tutelados e os menores sob guarda.

1.5 – A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

1.6 – Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2 – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

2.1 – A cobertura compreende os procedimentos de consultas e exames, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento relacionados à ocorrência de doenças do CID-10, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, exclusivamente na segmentação Ambulatorial, **não incluindo internação**, ou procedimentos para fins de diagnósticos ou terapia que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas.

2.2 – A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a segmentação ambulatorial, vigente à época do evento, terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

2.3 – Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

2.4 – A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios.

2.5 – Todos os procedimentos clínicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

2.6 – O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

2.7 – Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

2.8 – Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião dentista devidamente habilitado, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não se caracterize como internação**.

2.9 – Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente.

2.10 – Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente.

2.11 – Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

2.12 – Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

2.12.1 – Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

- 2.12.2 – Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- 2.12.3 – Radioterapia;
- 2.12.4 – Procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- 2.12.5 – Hemoterapia ambulatorial;
- 2.12.6 – Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

2.13 – Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- 2.13.1 – Atividades educacionais;
- 2.13.2 – Consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- 2.13.3 – Atendimento clínico;
- 2.13.4 – Sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- 2.13.5 – Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal incluindo o dispositivo.

2.14 – Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizando os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para segmentação ambulatorial.

3 – EXCLUSÕES DE COBERTURA

3.1 – Não serão cobertos pelo plano os seguintes procedimentos, salvo se forem exigidos pela legislação pertinente:

3.1.1 – Os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

3.1.2 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

3.1.3 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.

3.1.4 – Inseminação artificial.

3.1.5 – Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética.

3.1.6 – Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA.

3.1.7 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

3.1.8 – Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

3.1.9 – Tratamentos ilícitos ou anti-éticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

3.1.10 – Casos cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

3.1.11 – Internações Hospitalares, já que este plano é exclusivamente ambulatorial.

3.1.12 – Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio.

3.1.13 – Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação.

3.1.14 – Radioterapia que demande internação.

3.1.15 – Embolizações.

3.1.16 – Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia, que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares.

4 – PERÍODO DE CARÊNCIAS

4.1 – Os prazos de carência serão contados a partir da data de assinatura da proposta de adesão, sendo assim especificados:

4.1.1 – 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência.

4.1.2 – 180 (cento e oitenta) dias para demais procedimentos.

4.2 – Os serviços contratados serão prestados aos associados regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

4.3 – Não será exigido cumprimento de carências se:

4.3.1 – A inscrição do beneficiário do plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.

4.3.2 – O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

5 – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

5.1 – Não se aplica.

6 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

6.1 – Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os usuários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

6.2 – Carta de Identificação.

6.2.1 – A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

6.2.2 – Em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do(a) CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação.

6.2.3 – Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o(a) beneficiário(a) deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 12,00 (doze reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

6.3 – Condições de Atendimento e Autorização Prévia

6.3.1 – Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

6.3.1.1 – Consultas Médicas: os usuários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios

e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão.

6.3.1.2 – atendimentos ambulatoriais e cirurgias ambulatoriais: serão realizados por médicos cooperados nos estabelecimentos de saúde que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATANTE (salvo nas hipóteses de urgência e emergência).

6.3.1.3 – Os exames complementares e serviços auxiliares: devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATANTE.

6.3.1.4 – Para realização de procedimentos que necessitem de autorização prévia, o beneficiário, ou quem responda por ele, deverá dirigir-se ao departamento responsável pela empresa CONTRATANTE, previamente estabelecido por esta, munido de cartão de identificação do plano, carteira de identidade e a guia com a solicitação do procedimento.

6.3.1.5 – Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

6.4 – A CONTRATANTE garantirá análise e resposta à solicitação de procedimentos que necessitam de autorização prévia no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação e em prazo inferior quando for caracterizada urgência.

6.5 – A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se da Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por médico da operadora e por um médico-perito desempassador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA, bem como os honorários do médico solicitante, caso este pertença à rede credenciada.

6.6. – Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico e através do sítio www.unimedmococa.com.br. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia Médico.

6.7 – A manutenção da rede hospitalar implica em compromisso com os beneficiários e devem observar as normas abaixo estabelecidas no art. 17 da Lei 9656/98:

6.7.1 – É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em rigor.

6.7.2 – O redimensionamento da rede hospitalar por redução somente será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e ao CONTRATANTE.

7 – REAJUSTE

7.1 – Todos os valores de remuneração do presente contrato, inclusive a Tabela de Referência” acordada entre as partes, serão reajustados de forma automática e anual pelo índice IPC – Saúde (Índice de Preços aos Consumidor do Setor da Saúde), da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) acumulado nos últimos 12 (doze) meses, **ou acordo entre as partes.**

7.2. – A taxa de administração será reajustada pelo índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado).

7.3 – Fica estabelecido que os valores constantes no presente contrato serão reajustados na data de aniversário de vigência do mesmo, independentemente da data de inclusão dos beneficiários no plano.

7.4 – Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, aquela terá aplicação imediata sobre este Contrato.

8 – FAIXAS ETÁRIAS

8.1 – Por se tratar de um plano de saúde com preço pós-estabelecido pelo sistema de custo operacional, não será levada em consideração, para efeito deste contrato, as faixas etárias que cada um dos beneficiários titulares ou dependentes estiver enquadrado, como também não será cobrado qualquer reajuste ou variação nesse sentido.

9 – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

9.1 – A perda de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

9.1.1 – Perda da qualidade de beneficiário titular:

9.1.1.1 – pela rescisão do presente contrato.

9.1.1.2 – pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante.

9.1.1.3 – fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente

9.1.2 – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

9.1.2.1 – pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato.

9.1.2.2 – a pedido do beneficiário titular.

9.1.2.3 – fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

9.1.3 – Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

9.1.4 – A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

9.1.4.1 – Fraude.

9.1.4.2 – Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato.

10 – RESCISÃO

10.1 – O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA.

10.2 – O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

10.2.1 – se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

10.2.2 – por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;

10.2.3 – por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

10.2.4 – se não for mantido o número mínimo de usuários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

10.3 – Na hipótese de redução do número de usuários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a(o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de usuários faltantes.

10.4 – Antes do término do prazo mínimo de vigência é facultada a qualquer das partes denunciarem o presente contrato, mediante notificação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de manutenção, multiplicadas pelo número de prestações que seriam devidas ao término do período mínimo de vigência.

10.4.1 – A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

10.5 – O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante previa notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

11 – ELEIÇÃO DE FORO

11.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Mococa para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

12 – ATRIBUTOS DO CONTRATO

12.1 Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médicos, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

12.2 – O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

13 – DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 – O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

13.2 – O Contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

E, por assim estarem justas e contratadas, assinam este Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 testemunhas.

14 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1 – A CONTRATADA garantirá a cobertura do atendimento nos casos de:

14.1.1 – urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional

14.1.2 – emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

14.2 - A cobertura deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, e será assegurada durante as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, podendo cessar antes caso caracterizada a necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

14.3 – Da Remoção

14.3.1 – A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA nas seguintes hipóteses:

14.3.1.1 – para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

14.3.1.2 – para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir à necessidade de internação.

14.4 – Da Remoção para o SUS:

14.4.1 – À CONTRATADA caberá ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

14.4.2 – Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade a assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

14.4.3 – A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

14.4.4 – Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada pela responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

14.5 – Do Reembolso

14.5.1 – Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

14.5.2 – O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos: comprovantes relativos aos serviços de exames complementares, acompanhados do pedido do médico assistente.

14.5.3 – O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

15 – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

15.1 – O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é **pós-estabelecido**, em que o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas. O preço pós-estabelecido previsto neste contrato será utilizado na forma de custo

operacional, isto é, a CONTRATADA repassará a CONTRATANTE o valor total das despesas assistenciais, acrescido da taxa de administração.

15.2 – A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será da pessoa jurídica contratante.

15.3 – A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

15.4 – As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

15.5 – Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

15.6 – As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE, A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

15.7 – Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

15.8 – Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

15.9 – O beneficiário que não realizar o pagamento de sua contribuição na forma e prazo acordado com a CONTRATANTE por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da CONTRATANTE.

15.10 – A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

E, por assim estarem justas e contratadas, assinam este Contrato em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 testemunhas.

Mococa-SP, ____ de _____ de _____.

CONTRATANTE: _____.

CONTRATADA: _____
UNIMED DE MOCOCA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

TESTEMUNHAS: