

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR
ADESÃO nº 144.1048 (Registros ANS 455.957/07-6 e 403.555/99-1)**

CONTRATADA: UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 25.250.820/0001-62, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 319121 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Rua Itapecerica, nº 427, Centro em Divinópolis/MG, neste ato representado na forma do seu Estatuto Social.

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS FERROVIÁRIOS APOSENTADOS, situada a Rua Pernambuco, 500 Casa 02 Vila Maria Augusta, Centro – 35500.008 Divinópolis – MG CNPJ 23.102.861/0001-86.

Pelo presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO N. 1048**, as partes acima identificadas, devidamente representadas na forma de seus atos constitutivos, resolvem aditar o contrato de plano de saúde celebrado em 10/01/2016 objetivando alterar a **Cláusula XIX – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO** no sentido de incluir texto esclarecendo em quais condições a pessoa jurídica contratante poderá solicitar a suspensão e/ou exclusão dos beneficiários titulares e/ou dependentes do contrato então vigente, de acordo com as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA XIX – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1.1 – A pessoa jurídica **CONTRATANTE** poderá solicitar à **CONTRATADA** a suspensão temporária do atendimento e/ou exclusão dos beneficiários titulares e/ou respectivos dependentes e agregados do contrato então vigente, enquanto os mesmos permanecerem inadimplentes quanto ao pagamento da mensalidade e/ou coparticipação (utilização) referentes ao plano de saúde, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

1.2 – A pessoa jurídica **CONTRATANTE** deverá formalizar a solicitação junto a **CONTRATADA**, através de ofício com pedido de registro de protocolo, ou com envio de e-mail endereçado ao Setor Financeiro (financeirocr@unimed144.coop.br) solicitando confirmação de leitura, utilizando e-mail oficial da pessoa jurídica,





Membro da Aliança
Cooperativa Internacional


"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS-Nº 31.912-1

www.unimeddivinopolis.coop.br
Av. Antônio Olímpio de Moraes, 868 - Centro
Divinópolis / MG • CEP: 35500-005
T. (37) 3229-5200

requerendo a exclusão e/ou suspensão do atendimento do titular/dependente, indicando o motivo da solicitação. **Sendo obrigatório anexar no e-mail cópia da notificação feita ao beneficiário titular. No caso de solicitação sem cópia da notificação ao beneficiário, a Unimed Divinópolis não processará a suspensão.**

1.2.1 – A exclusão e/ou suspensão (interrupção do atendimento) ocorrerá no dia 21 (vinte e um) de cada mês. Caso este dia corresponda às finais de semana ou feriado, será considerado o próximo dia útil.

1.3– A solicitação para interrupção da suspensão, deverá ser realizada pela pessoa jurídica CONTRATANTE nas segundas, quartas e sextas-feiras através de ofício com pedido de registro de protocolo ou com envio de e-mail endereçados ao Setor Financeiro (financeirocr@unimed144.coop.br) com confirmação de leitura, até às 11h00minh, sendo que a CONTRATADA terá o prazo de 02 (dois) dias úteis para efetivar o desbloqueio.

1.4- A CONTRATADA somente poderá excluir e/ou suspender a assistência à saúde aos beneficiários vinculados a este contrato, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

- a. Fraude; ou
- b. Por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.
- c. A pedido de o beneficiário titular, nos termos da RN 412/ANS e suas alterações posteriores.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO OU SUSPENSÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR/DEPENDENTE

2.1 – É de responsabilidade única e exclusiva da pessoa jurídica CONTRATANTE comunicar por escrito aos beneficiários titulares, a exclusão e/ou suspensão do contrato, assim como dos dependentes vinculados a este titular.

2.1.1 – A pessoa jurídica CONTRATANTE deverá manter arquivada toda a documentação referente à comunicação procedida juntos aos seus beneficiários, informando sobre a sua exclusão e/ou suspensão devendo tornar essa documentação acessível sempre que requerida pela CONTRATADA.

www.unimeddivinopolis.coop.br
Av. Antônio Olímpio de Moraes, 868 - Centro
Divinópolis / MG • CEP: 35500-005
T (37) 3229-5200

2.2 – A pessoa jurídica CONTRATANTE deverá informar aos seus beneficiários que a CONTRATADA terá o prazo mínimo 2 (dois) dias úteis para liberar o seu atendimento após receber a comunicação de desbloqueio (cessar interrupção de atendimento).

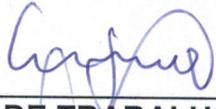
2.3 - A **reinclusão** de o beneficiário titular inadimplente e de seus dependentes, em caso de exclusão, acarretará no cumprimento de todos os períodos de carência previstos no contrato, independentemente do número de participantes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA INALTERABILIDADE DAS DEMAIS CLÁUSULAS

3.1 - As demais cláusulas e condições não modificadas, continuam em vigor.

E assim, por estarem justos e acertados, assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas que também assinam.

Divinópolis, 17 de maio de 2018.



UNIMED DIVINÓPOLIS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.
CONTRATADA



Dário Ferreira da Silva
Presidente
MEF
ASSOCIAÇÃO MINEIRA DOS FERROVIÁRIOS APOSENTADOS
CONTRATANTE

Testemunhas:

1 - _____
Nome: _____
CPF: _____

2- _____
Nome: _____
CPF: _____