

TERMO ADITIVO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Número de registro do plano de saúde: 424210996
Nome Comercial do plano de saúde: CO PARTICIPATIVO 40% ENFER AMB HOSP OBST
Tipo de Contratação: Coletivo empresarial
Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
Padrão de Acomodação: Enfermaria
Formação do Preço: Pré-Estabelecido
Fator Moderador: Com Coparticipação
Abrangência: Grupo de municípios
Vigência: 01/12/2020
Contrato: 305104800
Contratante: LIMEIRA DO OESTE CAMARA MUNICIPAL

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

As partes firmam o presente **TERMO ADITIVO**, com a finalidade de estabelecer o seguinte:

- a) Reajuste de Coparticipação;
- b) Reajuste de Mensalidade;
- c) Reajuste por Sinistralidade;
- d) Valor de mensalidade e coparticipação dos planos para aposentados, e demitidos ou exonerado sem justa causa.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REAJUSTE DE COOPARTICIPAÇÃO E MENSALIDADE PARA BENEFICIÁRIOS ATIVOS.

2.1 - DO REAJUSTE DE COOPARTICIPAÇÃO

a) Fica acordado entre a CONTRATADA e CONTRATANTE, novos valores de Coparticipação para Procedimentos, o percentual de reajuste para **beneficiários Ativos** para o período de **01/12/2024 à 30/11/2025**, será de **35,00% (TRINTA E CINCO POR CENTO)** [segue abaixo o valor unitário de Coparticipação de cada Procedimento]:

ITEM	VALOR
Consultas	R\$ 41,93
Exames Grupo I	R\$ 8,88
Exames Grupo II	R\$ 39,56
Exames Grupo III	R\$ 125,77
Acupuntura, Psicoterapia, T. Ocupacional, Nutrição, e Fonoaudiologia	R\$ 39,56
Fisioterapia	R\$ 8,88



Terapia Especiais	R\$ 59,04
Atendimento Pronto Socorro	R\$ 125,77
Pequenos atendimentos (Sutura, gesso e outros)	R\$ 125,77
Pequena Cirurgia	R\$ 125,77
Urgência e Emergência em Iturama no HU (Hospital Unimed)	R\$ 125,77
Internação Clínica/Cirúrgica	R\$ 237,38

2.2 - DO REAJUSTE DE MENSALIDADE

a) Fica acordado entre a CONTRATADA e CONTRATANTE, novos valores de **mensalidade**, o percentual de reajuste para **beneficiários Ativos** no período de **01/12/2024 à 30/11/2025**, será de **35,00% (TRINTA E CINCO POR CENTO)**, para acomodação **Coletiva Padrão Enfermaria**, para cada usuário inscrito no Contrato firmado entre a CONTRATADA e CONTRATANTE em **01 de Dezembro de 2020**. Segue abaixo os valores de mensalidade conforme Faixa Etária:

FAIXA ETÁRIA	VALOR DA MENSALIDADE
00 a 18	R\$ 131,96
19 a 23	R\$ 151,48
24 a 28	R\$ 174,47
29 a 33	R\$ 200,65
34 a 38	R\$ 230,77
39 a 43	R\$ 245,67
44 a 48	R\$ 327,33
49 a 53	R\$ 421,06
54 a 58	R\$ 568,85
59 ou +	R\$ 791,56

CLÁUSULA TERCEIRA - DO REAJUSTE DE SINISTRALIDADE

a) Os valores ora pactuados serão reajustados anualmente no aniversário do contrato, seguinte forma descrita abaixo:

b) Os valores das mensalidades e cooparticipações, serão reajustados anualmente no aniversário do contrato, com aplicação do **IPCA - Planos de Saúde**.

CLÁUSULA QUARTA - DO REAJUSTE DE COOPARTICIPAÇÃO E MENSALIDADE DOS PLANOS PARA APOSENTADOS E DEMITIDOS.

4.1 - DO REAJUSTE DE COOPARTICIPAÇÃO

a) O percentual de reajuste de **cooparticipação dos procedimentos**, para os **aposentados, e demitidos ou exonerado sem justa causa**, para o período de **01/12/2024 à 30/11/2025**, será conforme descrito abaixo:

ITEM	VALOR
Consultas	R\$ 41,93
Exames Grupo I	R\$ 8,88
Exames Grupo II	R\$ 39,56
Exames Grupo III	R\$ 125,77
Acupuntura, Psicoterapia, T. Ocupacional, Nutrição, e Fonoaudiologia	R\$ 39,56
Fisioterapia	R\$ 8,88
Terapia Especiais	R\$ 59,04
Atendimento Pronto Socorro	R\$ 125,77
Pequenos Atendimentos (Sutura, gesso e outros)	R\$ 125,77
Pequena Cirurgia	R\$ 125,77
Urgência e Emergência em Iturama no HU (Hospital Unimed)	R\$ 125,77
Internação Clínica/Cirúrgica	R\$ 237,38

4.2 - DO REAJUSTE DE MENSALIDADE

a) O percentual de reajuste de **mensalidade**, para os **aposentados, e demitidos ou exonerado sem justa causa**, no período de **01/12/2024 à 30/11/2025**, será conforme faixa etária, para acomodação **Coletiva Padrão Enfermaria**, para cada usuário inscrito no contrato pela CONTRATANTE.

FAIXA ETÁRIA	VALOR DA MENSALIDADE
00 a 18	R\$ 194,78
19 a 23	R\$ 226,56
24 a 28	R\$ 261,62
29 a 33	R\$ 302,24
34 a 38	R\$ 331,65
39 a 43	R\$ 367,31
44 a 48	R\$ 475,29
49 a 53	R\$ 615,49
54 a 58	R\$ 827,47
59 ou +	R\$ 1.129,77

b) O beneficiário do plano de saúde coletivo empresarial, deste contrato, demitido ou exonerado sem justa causa ou que decidiu se aposentar **que não pague, integral ou parcialmente, a mensalidade do seu plano de saúde** ou apenas assume o pagamento do plano de seus dependentes e/ou o pagamento de cooparticipação ou franquia quando utiliza os serviços (consultas, exames, cirurgias) **NÃO TEM DIREITO** a permanecer no plano de saúde.

Permanecem em plena vigência todos os termos e cláusulas do Contrato celebrado em 01 de Dezembro de 2020 e demais Termo Aditivos, não alteradas por este **TERMO ADITIVO**.

Assim por estarem justos e contratados, na forma e condições acima estabelecidas, de forma livre e soberana, as partes assinam o presente **TERMO ADITIVO** em duas vias de especial valor, teor e forma, se comprometendo a cumpri-lo e fazê-lo cumprir fielmente, tudo na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Iturama/MG, 01 de Dezembro de 2024.



CONTRATANTE

**LIMEIRA DO OESTE CAMARA MUNICIPAL
CAMARA MUNICIPAL LIMEIRA DO OESTE
CNPJ: 26.042.598/0001-75**



CONTRATADA

**UNIMED PONTAL DO TRIÂNGULO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA
CNPJ: 00.730.439/0001-70**

TESTEMUNHAS:



**LÊDA LUCIA DE FREITAS
CPF: 704.873.836-72**



**NEIDE MARIA DE SOUZA
CPF: 876.186.056-53**

