

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES

Recurso

RE

ADESÃO — ASSISTÊNCIA MÉDICA - REAJUSTE

EMENTA

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE ADESÃO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

HOSPITALAR CELEBRADO ENTRE, COMO CONTRATADA A

COMO CONTRATANTE, NA DATA DE/...../..... 1. Preços por plano - Taxas per capta (em R\$)

Conforme planilhas abaixo: MEDICUS - QUARTO COLETIVO DE 00 A 17 ANOS R\$ DE 18 A 29 ANOS R\$

DE 30 A 39 ANOS R\$ DE 40 A 49 ANOS R\$ DE 50 A 59 ANOS R\$ DE 60 A 69 ANOS R\$ > 70 ANOS R\$

MEDICUS - QUARTO PRIVATIVO DE 00 A 17 ANOS R\$ DE 18 A 29 ANOS R\$ DE 30 A 39 ANOS R\$ DE 40

A 49 ANOS R\$ DE 50 A 59 ANOS R\$ DE 60 A 69 ANOS R\$ > 70 ANOS R\$ 2. A movimentação cadastral

para fins de faturamento realizar-se até o dia de cada mês. 3. A fatura será cobrada em regime de

pré-pagamento, ficando seu vencimento para o dia de cada mês. 4. Fica estabelecido que mesmo

alterando a data de vencimento, o período de cobertura deste contrato permanece o mesmo do anterior, isto

é, do dia ao dia de cada mês. 5. Fica estabelecido que os beneficiários cadastrados nos planos

Medicus Quarto Privativo e Medicus Quarto Coletivo, poderão utilizar a rede credenciada a nível

nacional. 6. Todos os benefícios cadastrados no contrato firmado entre as partes em .../.../..... (código

.....), passarão automaticamente para este novo contrato de acordo com a Lei 9.656/98, sem o

cumprimento dos prazos de carências. 7. Fica estabelecido que durante os primeiros (.....) dias do

novo contrato, serão aceitas novas adesões de beneficiários, sem carências, de acordo com as normas do

mesmo. 8. Após transcorridos os primeiros (.....) dias, somente serão aceitas as inclusões de

recém natos e recém casados, de acordo com as normas contratuais. 9. Fica estabelecido que qualquer

novo reajuste referente ao novo contrato, será realizado somente após 12 meses do mesmo. Após este

período, o reajuste de preços terá como base a manutenção econômica do mesmo, levando-se em

consideração uma relação mínima de% do custo sobre a receita. Para efeito de comprovação dos

custos de utilização de serviços médicos e hospitalares, a Contratada fornecerá listagens que comprovem a

efetiva utilização dos serviços. 10. Após transcorrido o período de (.....) dias, a Contratada não

aceitará novas adesões de beneficiários. 11. O presente contrato entrará em vigor a partir de .../.../.....

..... Contratante Contratada Nome: Nome: CPF: CPF:

CARGO: CARGO: QUALIFICAÇÃO QUALIFICAÇÃO DAS PARTES Contratada:, inscrita no

CNPJ nº, com endereço na rua nº - andar, bairro, cidade de

...../..... Contratante:, inscrita no CNPJ nº, com endereço na rua

..... nº, bairro, cidade de/..... Reger-se à o presente Contrato nº

pelas disposições constantes da Minuta Padrão cuja cópia se encontra em anexo, além do(s) Termo(s)

aditivo(s) no qual ficarão definidas condições complementares no que se diz respeito a Plano, valores,

condições de reembolso, movimentação cadastral, forma de pagamento ou outro não citado aqui. E por

estarem assim de acordo, assinam o presente termo em (.....) vias de igual teor e forma, a fim de que

se produzam os seus devidos e legais efeitos. Local e Data: Contratante Contratada