

ANEXO I

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO DE APÓLICE DE SEGURO E/OU CONTRATO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

Este Anexo especifica a Apólice e/ou Plano a que adere a **SUB-ESTIPULANTE** por estipulação da **ADMINISTRADORA**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – CARACTERÍSTICAS DA APÓLICE E/OU PLANO

1.1 A Apólice e/ou Plano se estabelece sob as seguintes condições:

- a) **ESPÉCIE DE APÓLICE E/OU PLANO** – Contrato de Plano de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão;
- b) **ESTIPULANTE** – Extramed Administração e Serviços Médicos, registrada na ANS sob o número 41420-4 como Operadora classificada na modalidade Administradora de Benefícios;
- c) **SUB-ESTIPULANTE** – Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado do Maranhão;
- d) **OPERADORA PRINCIPAL** – Sul América Seguro Saúde S/A, registro ANS 0004-3;
- e) **VIGÊNCIA DO PLANO** – 1º de setembro de 2012 a 31 de agosto de 2013;
- f) **QUANTIDADE DE VIDAS** – Número mínimo de vidas para a abertura da entidade – 31 vidas.
- g) **SEGMENTAÇÃO** – Médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar com obstetria);
- h) **ABRANGÊNCIA** – Nacional;
- i) **ASSISTÊNCIA OFERTADA** – Planos Referência, Exato-Enfermaria, Exato-Apartamento, Clássico, Especial 100 e Executivo, conforme os padrões e registros abaixo:

Plano	Padrão de Acomodação	Registro na ANS
Referência	Quarto Coletivo	466057119
Exato-Enfermaria	Quarto Coletivo	466429129
Exato-Apartamento	Quarto Privativo	466433127
Clássico	Quarto Privativo	466432129
Especial 100	Quarto Privativo	466430122
Executivo	Quarto Privativo	466428121

- i.1) a Apólice e/ou Plano dos Beneficiários Dependentes será sempre o mesmo do Beneficiário Titular;
- i.2) as Apólices e/ou Planos são diferenciados quanto à Rede Referenciada, Padrão de Acomodação Hospitalar e Reembolso conforme a Tabela SulAmérica Saúde.
- j) **COBERTURA** – O objeto deste contrato, em conformidade com a Lei 9.656/98 é a cobertura de custos assistenciais, com a finalidade de garantir a assistência à saúde pela faculdade de acesso e atendimento a profissionais escolhidos, pertencentes ou não a rede referenciada, nos termos e limites do plano contratado. **Os custos assistenciais correspondem aos serviços médico-hospitalares, na segmentação Ambulatorial e Hospitalar com Obstetria, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na época do evento**, para o tratamento de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, respeitado os múltiplos de reembolso conforme o plano contratado.

k) **REEMBOLSO OU PAGAMENTO DE DESPESAS** – Serão reembolsadas ao Beneficiário, de acordo com os limites do plano contratado, ou efetuado o pagamento, por conta e ordem deste, diretamente à rede referenciada, as despesas efetuadas com os serviços médico-hospitalares;

k.1 Para o cálculo de reembolso, serão necessários os dados descritos a seguir:

k.1.1 Unidade de Serviço (US): É o quantitativo definido para cada procedimento, que está descrito na Tabela SulAmérica Saúde.

k.1.2 Múltiplos de Reembolso - São os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde, e variam de acordo com o plano contratado..

k.1.3 Unidade de Serviço de Reembolso (USR) - É o coeficiente expresso em moeda corrente nacional, definido no momento da contratação do seguro.

k.1.3.1 O valor da USR de reembolso será reajustado considerando exclusivamente a variação dos custos médicos e hospitalares da carteira de contratos da SulAmérica Saúde, respeitando o critério constante da resolução CONSU nº 8, alterada pela CONSU nº 15, a qual , diz que o reembolso das despesas garantidas pelo seguro contratado com profissionais e instituições não referenciadas não serão inferiores aos praticados na rede referenciada.

k.2 O valor do reembolso será efetuado em moeda corrente nacional e calculado conforme fórmula abaixo:

$$\text{VR} = \text{Quantidade de US}^* \times \text{Múltiplo de Reembolso} \times \text{Valor da USR}^{**}$$

*Prevista na Tabela SulAmérica Saúde para o procedimento realizado

**Vigente na data de atendimento médico e/ou hospitalar

k.3 os múltiplos de reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de US apresentadas na Tabela SulAmérica Saúde para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas médicas e hospitalares cobertas e efetivamente pagas pelo Beneficiário Titular e/ou seus Beneficiários Dependentes, de acordo com os cálculos acima descritos.

Tabela de Múltiplos de Reembolso

Plano de Seguro	Beneficiário não Internado		Beneficiário Internado		
	Consultas Médicas	Diagnose/Terapia e Demais Procedimentos Ambulatoriais	Honorários Médicos	Diárias e Despesas Hospitalares	SADT*
Referência	1,1	0,6	0,6	0,6	0,6
Exato-Enfermaria	1,1	0,6	0,6	0,6	0,6
Exato-Apartamento	1,1	0,6	1,2	0,6	0,6
Clássico	2,4	1,0	2,0	1,0	1,0
Especial 100	2,9	1,0	2,0	1,0	1,0
Executivo	6,5	3,0	4,0	4,0	3,0

* SADT = Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

l) **DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES** – Serão aplicadas à Apólice e/ou Plano, quando necessário, a cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da regulamentação específica.

m) **ELEGIBILIDADE**

Para atender aos dispositivos regulamentares e as condições gerais da apólice em nome do Estipulante o grupo elegível será composto dos seguintes;

a. **Titular:**

Exclusivamente servidores do Ministério Público do Estado do Maranhão, ativos, que estejam devidamente vinculados junto ao SINDSEMP/MA.

b. **Dependentes:**

Exclusivamente o cônjuge ou companheiro(a), os filhos solteiros ou adotivos do Segurado Titular. Equiparam-se a filhos, o enteado e o menor que esteja sob a guarda ou tutela do Segurado Titular por determinação judicial.

CLÁUSULA SEGUNDA – PAGAMENTO DAS CONTRAPRESTAÇÕES E INADIMPLÊNCIA

2.1 O prêmio mensal será constituído pela soma dos prêmios individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos encargos previstos na legislação vigente.

2.2 O segurado pagará o prêmio mensal mais os encargos previstos na legislação vigente, correspondente à faixa etária do plano de seguro contratado (titular+dependentes), na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 30(trinta) do mês anterior à sua vigência em cobrança bancária em favor do Estipulante.

2.3 O valor do prêmio inicial mensal relativo a cada segurado definido na vigência do contrato, está expresso na Proposta de Adesão Seguro Saúde Coletivo por Adesão, que é parte integrante deste contrato de seguro.

2.4 O prêmio mensal será estabelecido considerando o plano contratado e as faixas etárias, as quais estão definidas de acordo com a Resolução Normativa n.º 63 , conforme descrito a seguir:

- a) 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- b) 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- c) 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- d) 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- e) 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- f) 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- g) 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- h) 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- i) 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- j) 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

2.5 O prêmio mensal será pago somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do segurado mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

2.6 Os prêmios individuais e acertos de prêmio decorrentes de inclusões e exclusões de Segurados fora do prazo mensal de movimentação cadastral, serão contabilizados no prêmio mensal do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

2.7 As movimentações de Segurados ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de prêmio no faturamento do prêmio mensal subsequente.

2.8 O pagamento da fatura perante a Seguradora é de responsabilidade do Estipulante de acordo com as cláusulas contratuais.

2.9 O pagamento de prêmio mensal pelo segurado não quita eventuais débitos anteriores.

2.10 Se o Estipulante não identificar o pagamento de qualquer prêmio mensal vencido, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

2.11 Os prêmios não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora, além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. **Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, o valor do prêmio mensal, acrescido de multa e do juro aqui estabelecidos, será lançado no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se portanto duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.**

2.12 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente por um período superior a 30(trinta) dias, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

2.13 Como consequência da eventual não devolução dos documentos aludidos no subitem 2.12, o segurado ficará responsável pelo ressarcimento ao Estipulante de todas as despesas e custos judiciais necessários à recuperação dos mesmos, além de continuar obrigado pelo pagamento do prêmio aqui contratado até a data da efetiva entrega dos mencionados documentos.

2.14 O atraso no pagamento do prêmio mensal implicará na suspensão automática do direito às coberturas do seguro a partir do 1º (primeiro) dia de inadimplência do Segurado em relação ao Estipulante/Administradora de Benefícios.

2.15 O direito às coberturas deste seguro será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento do prêmio em atraso.

2.16 O Prêmio mensal deverá ser pago pelo Segurado antes da utilização das coberturas contratadas

2.17 O atraso no pagamento do prêmio mensal por período superior a 30 (trinta) dias, resultará no cancelamento automático do seguro.

CLÁUSULA TERCEIRA – REAJUSTES CONTRATUAIS

Estão previstos para este contrato, os reajustes dos prêmios nas seguintes modalidades: financeiro e por sinistralidade, na forma estabelecida nas subcláusulas a seguir. Podendo os mesmos serem aplicados cumulativamente.

3.1 Reajuste Financeiro do Prêmio

O valor do prêmio mensal será reajustado anualmente **no aniversário da Apólice Mestra Estipulada pela Extramed(setembro), independente da data de início individual de cada segurado**, com base na Variação dos Custos Médico-Hospitalares-VCMH, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do seguro. Esta variação é calculada pela Seguradora conforme normas da ANS e devidamente auditado por empresa de auditoria independente.

3.2 Reajuste do Prêmio em Função da Sinistralidade

A apuração da sinistralidade será aferida anualmente, para, se necessário, **aplicação no mês de setembro, em função da sinistralidade da Apólice Mestra estipulada pela Extramed, independente da data de início individual de cada segurado.**

3.2.1 Será feita uma única apuração para a Apólice Mestra(setembro), independente da data de adesão de cada segurado. Caso seja apurada necessidade de reajusto do prêmio em função da sinistralidade este será aplicado sobre a totalidade do grupo da Apólice Mestra

3.2.2 O prêmio do seguro será reajustado sempre que o índice de sinistralidade apurada estiver acima de 0,70 (setenta centésimos).

3.2.3 Na apuração da sinistralidade serão considerados os valores de sinistros pagos, mais sinistros avisados e não pagos, e prêmios relativos ao período de 12 (doze) meses anteriores ao mês de apuração.

3.2.4 Na soma dos prêmios serão descontados os impostos incidentes sobre o valor cobrado.

3.2.5 Não serão considerados os prêmios e sinistros dos três primeiros meses de vigência do contrato.

3.2.6 O cálculo do prêmio novo, será obtido conforme a seguinte fórmula:

Na qual:

PN= Prêmio Novo

PN = PA x ISPPA PA= Prêmio Atual

0,70 ISPPA= Índice de Sinistro Pago + Sinistro Avisado/Prêmio

0,70= Índice Máximo de Sinistralidade

3.2.7 O valor do prêmio recalculado por força do que dispõe o “captu” e na formula estabelecida pelo item 12.2.6, será devido a partir da mensalidade com vencimento em 30 de agosto, referente ao período de cobertura setembro.

3.2.8 As apurações subsequentes ao do primeiro período, serão realizadas sucessivamente, considerando os 12 (doze) meses seguintes ao do último prêmio avaliado.

3.2.9 A Seguradora reserva-se o direito, de realizar periodicamente as apurações do resultado do índice de sinistralidade, respeitando o prazo mínimo de 12 (doze) meses, para a efetiva aplicação do reajuste.

3.3 Conforme dispõe a regulamentação vigente, qualquer reajuste aplicado ao contrato, nas modalidades citadas nas cláusulas anteriores, é informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

CLÁUSULA QUARTA – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E/OU PLANO

4.1 O período de vigência do contrato entre a Estipulante e o Sub-Estipulante é de 12 meses, contados, de forma única para todos os segurados vinculados ao Sub-Estipulante, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão e sua renovação é automática, caso não haja expressa desistência do Sub-Estipulante até 60 dias antes da data do final da vigência, ou o cancelamento da Apólice por parte da Seguradora, com a mesma antecedência.

4.2 No caso de inclusão de novos segurados, em data que não seja coincidente com a data de renovação do contrato entre o Estipulante e o Sub-Estipulante, o seguro terá, no primeiro ano, vigência inferior a 12 meses.

4.3 A vigência individual do segurado iniciará a partir da 00:00 (zero) hora do primeiro dia do mês civil informado na proposta de adesão, desde que o Segurado acate as Coberturas Parciais Temporárias informadas pela Seguradora, e que a proposta seja aceita pela Seguradora após análise da documentação necessária para implantação.

4.4 Sempre que este seguro for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

CLÁUSULA QUINTA – CANCELAMENTO DA APÓLICE E/OU PLANO

5.1 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Segurado.

O contrato poderá ser rescindido por vontade do segurado bastando que o mesmo não tenha débitos com o Estipulante, e envie pedido formal ao Estipulante até o dia 15 (quinze) do mês anterior ao cancelamento para efeito a partir do dia primeiro do mês subsequente, enviando anexas as Carteiras, sem o que não se concretizará o cancelamento, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até a entrega das mesmas.

5.1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

5.2 Cancelamento do Seguro por iniciativa do Estipulante.

5.2.1 O contrato poderá ser rescindido pelo Estipulante, sem devolução dos prêmios pagos, toda vez que o segurado tornar-se inadimplente na forma estabelecida na Cláusula 18 – Item 18.12 , uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança. Nesta hipótese o segurado ficará obrigado a devolver todas as carteiras do seguro(titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do Estipulante e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o Estipulante poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao Estipulante as parcelas vencidas até o cancelamento.

5.2.1.1 O Segurado será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do seguro por inadimplência, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

5.3 Cancelamento do Seguro por iniciativa da Seguradora.

Este contrato poderá ser rescindido pela Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos ao Estipulante, nas seguintes situações:

5.3.1 CANCELAMENTO MOTIVADO

5.3.1.1 Quando o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de adesão, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio mensal, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro.

5.3.1.2 Quando for identificado pela Seguradora infrações ou fraudes de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas.

5.3.2 CANCELAMENTO IMOTIVADO

5.3.2.1 Quando houver pronunciamento formal da seguradora perante o Estipulante, com até 60 dias de antecedência da vigência do contrato firmado entre o Estipulante e o Sub-Estipulante especificado na Proposta de Adesão que dá origem ao presente instrumento, no sentido da não renovação da cobertura dos riscos abrangidos pelo mesmo, nas condições vigentes.

5.3.2.2 Quanto houver pronunciamento formal do Sub-Estipulante, com a mesma antecedência do item precedente, no sentido da não renovação do contrato de sub-estipulação vigente entre este e o Estipulante.

5.3.2.3 O cancelamento imotivado do seguro por iniciativa da Seguradora e/ou do Estipulante/SubEstipulante, sem direito a devolução dos prêmios pagos, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12(doze) meses de vigência do contrato principal e mediante comunicação por escrito por qualquer das partes, com mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

5.4 O Segurado Titular será excluído do seguro nos seguintes casos:

- a) Término do vínculo com o Sub-Estipulante definido na proposta de adesão seguro saúde coletivo por adesão, sobre o qual se obriga a reportar quando da sua ocorrência;
- b) Infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas do seguro ou da Seguradora.

5.5 O Segurado Dependente será excluído do seguro nos casos de:

- a) Perda da condição de dependência definida nas Condições Gerais deste seguro;
- b) Cancelamento do Segurado Titular.

5.6 Em qualquer das situações de cancelamento o Segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

CLÁUSULA SEXTA – COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para atender aos dispositivos regulamentares e preservar a integridade do resultado da apólice e validação do grupo segurável previsto em contrato, a Seguradora poderá solicitar a qualquer momento após a implantação da apólice, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre Segurado e Sub-Estipulante, e a relação de dependência financeira entre Segurado Titular e dependentes.

6.1 Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o Segurado Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo do segurado com o Sub-estipulante, que não seja informado para o Estipulante para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

6.1.1 O Segurado será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os sinistros por atendimento em Rede Referenciada, Reembolsos e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

6.1.2 A Seguradora providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do segurado para o último dia do mês da ocorrência desta constatação.

CLÁUSULA SÉTIMA - CARÊNCIA

Período durante o qual, mesmo ocorrendo o pagamento do prêmio mensal, o Segurado não tem direito a determinadas coberturas.

7.1 As coberturas garantidas neste contrato de seguro, somente terão efeito após o cumprimento dos prazos descritos para o grupo de carência, contados a partir da vigência do Individual de cada Segurado.

7.2 Grupos de Carência

a) Grupo de carência 0:

0 (zero) hora da data de vigência do segurado para acidente pessoal e 24 (vinte e quatro) horas da data de vigência do segurado, para atendimentos de urgência e/ou emergência, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

b) Grupo de carência 1:

15 (quinze) dias da data de vigência do segurado para consultas médicas, cirurgias ambulatoriais (porte anestésico zero), serviços auxiliares de diagnose em regime externo, exceto os serviços descritos nos itens subsequentes;

c) Grupo de carência 2:

180 (cento e oitenta) dias para internações hospitalares, ultrassonografias com Doppler, ultrassonografias coloridas, tomografias computadorizadas, teste de função pulmonar, bioimpedanciometria, “tilt tests” e seus derivados, ressonância magnética, medicina nuclear (mapeamentos, cintilografias e terapias), ecocardiografias, eletrocardiografia dinâmica, estudo hemodinâmico, angiografias e arteriografias, endoscopias e laparoscopias, fisioterapia, oxigenoterapia hiperbárica, quimioterapia do câncer, radioterapia, litotripsias e todos os demais procedimentos cobertos pelo seguro, exceto os descritos para os grupos de carência subsequentes;

d) Grupo de carência 3:

300 (trezentos) dias da data de vigência do segurado para parto a termo.

Este prazo servirá também como condição de análise para inclusão de filho natural e/ou adotivo recém-nascido do Segurado Titular, bem como assistência ao recém-nascido;

e) Grupo de carência 4:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para transplantes, implantes, próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética;

f) Grupo de carência 5:

180 (cento e oitenta) dias da data de vigência do segurado para internações psiquiátricas, diálise peritoneal, hemodiálise e cirrose hepática, cirurgias de refração em oftalmologia, acupuntura, psicoterapia e obesidade mórbida.

7.3 Qualquer prazo de carência diferente destes, deverão constar em condições particulares, desde que respeitado os critérios definidos na Lei 9656/98 e resoluções normativas ANS.

7.4 Não é permitido ao Segurado, ao Sub-Estipulante e/ou Estipulante efetuar o pagamento antecipado dos prêmios mensais do seguro, para fins de cumprimento dos prazos de carência previstos nestas Condições Gerais.

7.5 Para este contrato serão aplicadas as isenções de carência conforme estabelecido pela resolução normativa ANS nº 195.

7.6 Se a Operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças e lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária não é Carência.

CLÁUSULA OITAVA – TABELA COMERCIAL

As contraprestações mensais individuais, de acordo com os planos e a faixa etária dos Beneficiários, são as seguintes:

TABELA DE VALORES – MARANHÃO						
Faixa Etária	Referência*	Exato Enfermaria*	Exato Apartamento*	Clássico*	Especial 100*	Executivo*
00-18	172,31	135,47	148,05	162,86	182,74	365,90
19-23	269,73	212,07	231,77	254,95	307,69	616,10
24-28	277,07	217,83	238,06	261,88	311,70	624,11
29-33	281,73	221,50	242,07	266,28	323,90	648,56
34-38	290,24	228,18	249,39	274,33	333,30	667,37
39-43	294,20	231,31	252,80	278,07	338,11	677,01
44-48	422,14	331,91	362,73	399,01	447,71	896,46
49-53	428,68	337,03	368,34	405,18	569,00	1.139,31
54-59	531,56	417,93	456,75	502,42	705,55	1.412,74
59 ou +	1.033,84	812,83	888,33	977,17	1.096,43	2.195,40

*OS VALORES SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/09 INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO.

CLÁUSULA NONA – TAXA DE CADASTRAMENTO E IMPLANTAÇÃO

9.1 Para todos os beneficiários que aderirem ao plano referente a este Anexo, o pagamento da taxa de cadastramento e implantação será obrigatório, conforme valores descritos na proposta de adesão.

9.2 A Taxa não substitui nem isenta o pagamento da 1ª(primeira) parcela da mensalidade do plano. A taxa destina-se a procedimentos administrativos e será cobrado via fatura.

CLÁUSULA DÉCIMA – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS

10.1 O Segurado titular deverá optar por um ou mais planos disponibilizados pela Seguradora no momento da contratação e, durante a vigência do seguro, poderá ocorrer transferência de um ou mais segurados para outro plano conforme descrito a seguir:

10.2 A transferência para o plano imediatamente superior, de acordo com as opções listadas no quadro a seguir, poderá ocorrer no mês de setembro, quando solicitada formalmente pela estipulante com antecedência de 30 (trinta) dias.

Opções de transferência para o plano imediatamente superior	
De:	Para:
Exato Enfermaria	Exato Apartamento
Exato Apartamento	Básico 10 Apartamento
Básico 10 Apartamento	Clássico
Clássico	Especial 100
Especial 100	Executivo

10.3 Não será permitida a transferência para plano inferior.

E, por estarem de acordo com o aqui previsto, assinam as Partes este Anexo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Curitiba, 13 de dezembro de 2012.

Pela **SUB-ESTIPULANTE:**

Pela **ADMINISTRADORA:**

**SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO
PÚBLICO DO ESTADO DO MARANHÃO –
SINDSEMP/MA**

**EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E
SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**

Testemunhas:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF: