

**1 - Dados Cadastrais da CONTRATANTE**

<b>Contrato Nº</b>	<b>Nº da Proposta</b> (Máx.: 4 caracteres)	<b>Início de Vigência</b> (DD/MM/AAAA)	<b>Página</b>		
UN00 10	1103	10/11/05	01		
<b>Razão Social</b> (a abreviação deve ser evitada) (Máx.: 70 caracteres)					
SOCIEDADE MÉDICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
<b>Nomenclatura p/ descrição no cartão magnético</b> (Máx.: 18 caracteres)		<b>CNPJ</b> (Máx.: 16 caracteres)			
SOMERJ		29.555.091/0001-03			
<b>Endereço Completo</b> (Máx.: 39 caracteres)					
RUA JORNALISTA ORLANDO DANTAS, Nº 58					
<b>Bairro</b> (Máx.: 20 caracteres)	<b>Cidade</b> (Máx.: 14 caracteres)	<b>UF</b> (2)			
BOTAFOGO	RIO DE JANEIRO	RJ			
<b>CEP</b> (Máx.: 8 caracteres)	<b>e-mail</b>				
22231-010	somerj@somerj.com.br				
<b>Endereço para correspondência</b> (Máx.: 39 caracteres)					
RUA JORNALISTA ORLANDO DANTAS, Nº 58					
<b>Bairro</b> (Máx.: 20 caracteres)	<b>Cidade</b> (Máx.: 14 caracteres)	<b>UF</b> (2)			
BOTAFOGO	RIO DE JANEIRO	RJ			
<b>CEP</b> (Máx.: 8 caracteres)	<b>Nome do Contato</b> (Máx.: 29 caracteres)				
22231-010	DRº JACOB SAMUEL KIERSZENBAUM				
<b>DDD</b> (2)	<b>Telefone</b> (Máx.: 8)	<b>Ramal</b> (Máx.: 5)	<b>DDD</b> (2)	<b>Fax</b> (Máx.: 8 caracteres)	<b>Ramal</b> (5)
21	2554-6216		21	2554-6216	
<b>Endereço para envio de fatura</b>		<b>Código p/ identificação dos funcionários - Matrícula (M) ou Sequencial (S)</b>		S	
<input type="checkbox"/> da empresa		OBS.: Identificação por matrícula deverá ter até 6 dígitos numéricos.			
<input type="checkbox"/> de correspondência		<b>Vencimento das mensalidades:</b> (Possíveis datas: 5 ou 10)		10	

**2 - Dados do Representante Legal (responsável pela assinatura do contrato)**

<b>Nome do Responsável</b> (Máx.: 38 caracteres)					
JACOB SAMUEL KIERSZEBAUM					
<b>Endereço Completo</b> (Máx.: 39 caracteres)					
RUA PROFESSOR MONKEN, Nº 32					
<b>Bairro</b> (Máx.: 20 caracteres)		<b>Cidade</b> (Máx.: 14 caracteres)		<b>UF</b> (2)	
MOSELA		PETRÓPOLIS		RJ	
<b>CEP</b> (Máx.: 8 caracteres)	<b>Nacionalidade</b> (Máx.: 13 caracteres)		<b>Estado Civil</b> (Máx.: 11 caracteres)		
25675-060	BRASILEIRA		CASADO		
<b>Qualificação Profissional</b> (Máx.: 20 caracteres)			<b>Cargo</b> (Máx.: 18 caracteres)		
MÉDICO			PRESIDENTE (01/09/2002 à 30/09/2005)		
<b>Carteira de Identidade</b> (12)	<b>Órgão Emissor</b> (9)	<b>UF</b> (2)	<b>Data de Expedição</b> (DD/MM/AAAA)		
52.19462-0	CREMERJ	RJ	22/04/1974		
<b>CPF</b> (Máx.: 12 caracteres)					
164.102.207-84					

Nome do Responsável (Máx.: 38 caracteres)

CARLINDO DE SOUZA MACHADO E SILVA FILHO

Endereço Completo (Máx.: 39 caracteres)

RUA ANTÔNIO DE OLIVEIRA GAMA, Nº 165, CASA 03

Bairro (Máx.: 20 caracteres)

JARDIM FLAMBOYANT

Cidade (Máx.: 14 caracteres)

CABO FRIO

UF (2)

RJ

CEP (Máx.: 8 caracteres)

28910-450

Nacionalidade (Máx.: 13 caracteres)

BRASILEIRA

Estado Civil (Máx.: 11 caracteres)

CASADO

Qualificação Profissional (Máx.: 20 caracteres)

MÉDICO

Cargo (Máx.: 18 caracteres)

PRESIDENTE (01/10/2005 à 31/08/2008)

Carteira de Identidade (12)

52.34.015-9

Órgão Emissor (9)

CREMERJ

UF (2)

RJ

Data de Expedição (DD/MM/AAAA)

07/03/1980

CPF (Máx.: 12 caracteres)

550.815.687-91

### 3 - Coberturas Opcionais

A CONTRATANTE, a seu exclusivo critério, por ocasião da Contratação ou durante a relação contratual, poderá indicar as coberturas opcionais SOS Unimed, SOS Viagem e Transporte Aeromédico para cada um dos seus usuários titulares inscritos, mediante o pagamento dos respectivos valores. A inscrição do titular acarreta a dos respectivos dependentes.

Contrato Nº	Nº da Proposta	Página
UN00 10	1103	02

#### 4 - Dados dos Representantes de Vendas da UNIMED-RIO

Nome do Agente de Vendas ou da Corretora (Máx.: 23 caracteres)	Código (Máx.: 6 caracteres)
ROSÁLIA CAVALCANTI / JOSÉ PEREIRA / SANY NAKANE	101640
Nome da Concessionária ou da Representação (Máx.: 23 caracteres)	Código (Máx.: 6 caracteres)
CANAL CORPORATE	

#### 5 - Informações Complementares

- 1 - Enviar em cópia: Atos Constitutivos atualizados, cartão do CNPJ, CPF e Identidade do Representante Legal da Contratante e Procuração (se cabível);
- 2 - Enviar em cópia: documentos que identificam e qualificam os usuários; última relação nominal dos usuários beneficiários do plano/ seguro-saúde anterior (se existir), última relação de FGTS recolhido ou outra documentação indicada pela Unimed-Rio.

#### 6 - Declaração de Conhecimento e Oferecimento

Declaramos que conhecemos e nos foi ofertado o Plano Referência (artigo 10º § 2º da Lei 9.656/98), oferecido à contratação pela UNIMED-RIO com a denominação de **Unimed Alfa**, que assegura assistência ambulatorial e assistência hospitalar com obstetrícia e acomodação em quarto coletivo (enfermaria), para tratamento das doenças relacionadas no CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde.

Rio de Janeiro, 10 de NOVEMBRO de 2005.

\_\_\_\_\_  
DR. JACOB SAMUEL KIERSZENBAUM

\_\_\_\_\_  
DR. CARLINDO DE SOUZA MACHADO E SILVA FILHO

#### 7 - Declarações Gerais da Contratante

Em virtude da solicitação de contratação, declaramos o seguinte:

- 1 - termos recebido informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do plano que estaremos firmando com a Unimed-Rio, entre outras e especialmente sobre: a) coberturas, exclusões e coberturas opcionais oferecidas; b) períodos de carência; c) procedimentos a serem adotados para obter eficiência nos atendimentos; d) abrangência geográfica da cobertura dos produtos; e) critérios de reajuste e variações pecuniárias a serem aplicados às mensalidades fixadas; f) co-participação nas despesas; g) condições em que serão prestados os atendimentos e h) redes assistenciais;
- 2 - que para fins do artigo 30 e 31 da Lei 9.656/98, que dispõe sobre a Regulamentação dos Planos de Assistência à Saúde, que os empregados da Pessoa Jurídica CONTRATANTE, da qual somos representante legal, CONTRIBUEM INTEGRALMENTE (contribuem integralmente/ contribuem parcialmente/ não contribuem) para o pagamento do plano contratado com a UNIMED-RIO;
- 3 - termos ciência, que em virtude da Lei nº 9.876/99, as empresas que contratarem através de cooperativas de trabalho médico, planos de saúde pelo sistema de pré-pagamento, deverão recolher 4,5% (quatro e meio por cento) sobre o valor global das mensalidades, a título de Contribuição Previdenciária, e que o recolhimento deve ser efetuado até o dia 02 do mês seguinte ao da competência;
- 4 - termos ciência de que a relação contratual somente se concretizará com a assinatura do contrato e dos eventuais aditivos;
- 5 - termos ciência que o primeiro pagamento será efetuado em instituição bancária, após o envio da primeira fatura pela Unimed-Rio; **não havendo portanto**, qualquer tipo de pagamento a ser efetuado ao representante de vendas;
- 6 - termos ciência que os preços estabelecidos nessa Proposta Contratual foram fixados conforme o perfil etário por nós indicado;
- 7 - termos ciência que os termos objeto desta Proposta Contratual, assim como as cláusulas e condições do contrato encontram-se registradas em Cartório de Ofício de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 10 de NOVEMBRO de 2005.

\_\_\_\_\_  
DR. JACOB SAMUEL KIERSZENBAUM

\_\_\_\_\_  
DR. CARLINDO DE SOUZA MACHADO E SILVA FILHO

\_\_\_\_\_  
DR. CELSO CORRÊA DE BARROS

\_\_\_\_\_  
DR. EDUARDO AUGUSTO BORDALLO

Contrato Nº

Nº da Proposta

Página

UN00 10

1103

03

**8 - Perfil Etário do Grupo Cotado e Dados Negociais**

Fx. Etária	Qtde.	%
00/18 anos		
19/23 anos		
24/28 anos		
29/33 anos		
34/38 anos		
39/43 anos		
44/48 anos		
49/53 anos		
54/58 anos		
59 ou mais		
<b>TOTAL</b>		

**Prazo de Implantação:**

**180** dias contados do início de vigência

**IS Máx.:**

**70** %

**Valor da US :**

**R\$ 0,30**

**Valor do Seguro:**

(exclusivo p/ planos c/ abrang. nacional)

**R\$ 1.038,80** por morte natural

**R\$ 2.077,60** por morte acidental

**9 - Preços dos Produtos Contratados**

Planos: Consultas, Exames, Tratamentos, Internações e Obstetrícia

Valor R\$

Fx. Etária	Planos Nacionais				Planos Regionais		Pl. Nacionais % Reaj. Fx. Etária	Pl. Regionais % Reaj. Fx. Etária
	Unimed Alfa	Unimed Beta	Unimed Delta	Unimed Omega	U. Pers. Qto. Colet.	U. Pers. Qto. Privat.		
00/18 anos	111,62	118,18	139,77	173,94	74,82	88,30	-	-
19/23 anos	144,26	152,73	180,64	224,80	81,25	95,88	29,24%	8,59%
24/28 anos	151,55	160,46	189,78	236,18	108,05	127,51	5,05%	32,98%
29/33 anos	165,85	175,59	207,67	258,45	124,23	146,61	9,44%	14,97%
34/38 anos	170,99	181,04	214,11	266,46	128,08	151,16	3,10%	3,10%
39/43 anos	202,74	214,65	253,87	315,94	152,69	180,19	18,57%	19,21%
44/48 anos	273,48	289,55	342,45	426,17	183,29	216,30	34,89%	20,04%
49/53 anos	342,86	363,00	429,32	534,29	293,17	345,98	25,37%	59,95%
54/58 anos	451,10	477,61	564,86	702,97	383,56	452,64	31,57%	30,83%
59 ou mais	669,70	709,05	838,59	1.043,63	448,87	529,73	48,46%	17,03%

Planos: Internações e Obstetrícia

Valor R\$

Fx. Etária	Planos Nacionais				Planos Regionais		Pl. Nacionais % Reaj. Fx. Etária	Pl. Regionais % Reaj. Fx. Etária
	Unimed Alfa	Unimed Beta	Unimed Delta	Unimed Omega	U. Pers. Qto. Colet.	U. Pers. Qto. Privat.		
00/18 anos	55,81	59,09	69,88	86,97	37,41	44,15	-	-
19/23 anos	72,13	76,37	90,32	112,40	40,63	47,94	29,24%	8,61%
24/28 anos	75,78	80,23	94,89	118,09	54,03	63,76	5,06%	32,98%
29/33 anos	82,92	87,80	103,84	129,22	62,12	73,31	9,42%	14,97%
34/38 anos	85,49	90,52	107,05	133,23	64,05	75,59	3,10%	3,11%
39/43 anos	101,37	107,33	126,94	157,97	76,35	90,11	18,58%	19,20%
44/48 anos	136,74	144,77	171,22	213,09	91,66	108,16	34,89%	20,05%
49/53 anos	171,43	181,50	214,66	267,15	146,60	173,01	25,37%	59,94%
54/58 anos	225,55	238,80	282,43	351,48	191,80	226,34	31,57%	30,83%
59 ou mais	334,85	354,53	419,30	521,81	224,46	264,89	48,46%	17,03%

Tx. Implantação por Usuário Titular: R\$ 5,00

Unimed Dental por Usuário Titular: R\$ 15,38

Rio de Janeiro, 10 de NOVEMBRO de 2005.

DR. JACOB SAMUEL KIERSZENBAUM

DR. CARLINDO DE SOUZA MACHADO E SILVA FILHO

DR. CELSO CORRÊA DE BARROS

DR. EDUARDO AUGUSTO BORDALLO