

TERCEIRO ADITIVO AO CONTRATO DE COBERTURA DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, HOSPITALAR E AFINS, que entre si fazem, de um lado, a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL - CAMED**, com sede à Av. Santos Dumont, 782, Centro, Fortaleza/CE, CNPJ 05.814.777/0001-03, neste ato representada por seu Diretor Executivo, JOSÉ BARBOSA DE FARIAS, daqui por diante denominada **CONTRATADA** e, do outro, o **SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO** com sede à Rua do Sol, 143, 4º andar, Santo Antonio, Recife/PE, CNPJ 03.927.440/0001-87, neste ato representado por seu Presidente, FRANCISCO DE SOUZA BONIFACIO, doravante denominado **CONTRATANTE**.

Por este aditivo, as partes contratantes resolvem, de comum acordo, alterar o Contrato ora aditado, nos seguintes termos:

PRIMEIRO – Alterar, na CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA, os itens **11.2**, **11.2.1** e **11.2.2**, para que passem a vigorar com a seguinte redação:

11.2. O **CONTRATANTE** assume o compromisso do pagamento de uma mensalidade por Beneficiário incluso no Plano descrito neste contrato, sendo observado o tipo de acomodação e mantida a proporcionalidade da distribuição etária, de acordo com a tabela abaixo:

TITULARES E DEPENDENTES				
FAIXA ETÁRIA	APARTAMENTO	%	ENFERMARIA	%
0 A 18 ANOS	129,54	-	110,12	-
19 A 23 ANOS	129,54	0,00	110,12	0,00
24 A 28 ANOS	129,54	0,00	110,12	0,00
29 A 33 ANOS	171,18	32,14	145,50	32,13
34 A 38 ANOS	171,18	0,00	145,50	0,00
39 A 43 ANOS	171,18	0,00	145,50	0,00
44 A 48 ANOS	246,60	44,06	209,62	44,07
49 A 53 ANOS	246,60	0,00	209,62	0,00
54 A 58 ANOS	246,60	0,00	209,62	0,00
59 ANOS OU MAIS	729,82	195,95	620,36	195,95

11.2.1. O **CONTRATANTE** assume o compromisso do pagamento da mensalidade estipulada no item 11.2, acrescida do valor de R\$ 21,17 (vinte e um reais e dezessete centavos) per capita, por cada Beneficiário incluso no **MÓDULO OPCIONAL ODONTOLOGIA**.

11.2.2. O **CONTRATANTE** assume o compromisso do pagamento da mensalidade estipulada no item 11.2, acrescida do valor de R\$ 7,05 (sete reais e cinco centavos) per capita, por cada Beneficiário incluso no **MÓDULO OPCIONAL CAMED 24 HORAS**, de acordo com os serviços disponíveis na sua localidade:

- Camed 24 horas com base** (resgate aéreo em toda abrangência geográfica do contrato, resgate terrestre num raio de até 800 Km de onde tenha base instalada; atendimento médico em regime domiciliar (com ou sem remoção) no perímetro urbano, aconselhamento médico por telefone e remoção inter-hospitalar).
- Camed 24 horas sem base** (todas as coberturas do item anterior exceto atendimento médico em regime domiciliar (com ou sem remoção) e remoção inter-hospitalar).

SEGUNDO – O contrato ora aditado fica ratificado em todos os seus termos, cláusulas e condições não expressamente alterados por este aditivo, que ao original se integra, formando um todo único e indivisível, para todos os fins de direito.

Fortaleza, 30 de dezembro de 2007.

JOSÉ BARBOSA DE FARIAS
Diretor Executivo
CPF – 129.654.134-72
RG - 2002002017048 SSP – CE

FRANCISCO DE SOUZA BONIFACIO
Presidente
CPF – 149.807.034 – 53
RG – 1477010 SSP – PE

Testemunha
CPF –

Testemunha
CPF –

