

TERMO DE TRANSACÃO

_____, brasileiro(a),
médico(a) cooperado da **UNIMED CAMPINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**,
devidamente inscrito(a) no CRM-SP sob o nº _____, doravante designado(a)
apenas de **“PRIMEIRO(A) TRANSIGENTE”**, e
_____,
brasileiro(a), inscrito no CPF sob nº _____ residente e domiciliado(a) na
_____, nº _____,
Bairro _____, CEP _____, na cidade de
_____, doravante denominado(a) **“SEGUNDO(A) TRANSIGENTE”**,
têm, entre si, justo e contratado o seguinte:

Considerando que o(a) **SEGUNDO(A) TRANSIGENTE** é beneficiário(a) de plano
assistencial da **UNIMED CAMPINAS**, código de usuário nº _____;
_____;

Considerando que o(a) **SEGUNDO(A) TRANSIGENTE** realizará cirurgia de

por _____
<laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação,
escopias>, técnica minimamente invasiva, no Hospital
_____, por sua livre opção;

Considerando que a _____ a _____ cirurgia
de _____
por _____ <laser, radiofrequência,
robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias>, técnica
minimamente invasiva, **não** é de cobertura obrigatória pela **UNIMED CAMPINAS** nos
termos da lei e do contrato assistencial que beneficia o(a) **SEGUNDO(A) TRANSIGENTE**;

Considerando que a cirurgia convencional ou pela técnica prevista no Rol de
Procedimentos da ANS é de cobertura obrigatória pela **UNIMED CAMPINAS** e está a sua
disposição.

Resolvem os **TRANSIGENTES** celebrar o presente instrumento, com fulcro nos artigos 840
e seguintes do Código Civil, o que fazem permeadas pelas cláusulas e condições a seguir
estabelecidas, as quais mutuamente se outorgam e se obrigam a cumprir e fazer cumprir,
nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA – O(A) **SEGUNDO(A) TRANSIGENTE** reconhece que a cirurgia
de _____ por _____
_____ <laser, radiofrequência,
robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias> não é de cobertura

obrigatória pela **UNIMED CAMPINAS** e que está à sua disposição a cirurgia convencional ou pela técnica prevista no Rol de Procedimentos da ANS.

CLÁUSULA SEGUNDA – O(A) SEGUNDO(A) TRANSIGENTE concorda com a autorização da cirurgia convencional ou pela técnica prevista no Rol de Procedimentos da ANS de cobertura obrigatória e disponibilizada pela **UNIMED CAMPINAS**.

CLÁUSULA TERCEIRA – Optando o(a) **SEGUNDO(A) TRANSIGENTE** por procedimento cirúrgico que utilize método, técnica ou tecnologia **não previstos no ROL da ANS e, portanto, não cobertos** pela UNIMED CAMPINAS assumirá a **responsabilidade exclusiva** pelo pagamento da **diferença de custo** entre o procedimento coberto e o procedimento escolhido, devendo realizar **diretamente** aos respectivos prestadores, incluindo, entre outros, o(a) **PRIMEIRO(A) TRANSIGENTE**, médicos, hospitais e demais fornecedores, abrangendo **honorários profissionais, taxas não cobertas e quaisquer outras despesas relacionadas**, isentando totalmente a **UNIMED CAMPINAS** de qualquer responsabilidade, inclusive a título de reembolso.

CLÁUSULA QUARTA – Os **TRANSIGENTES** declaram ter plena ciência da extensão e efeitos da presente transação extrajudicial, e por este instrumento se dão reciprocamente, plena, geral e irrevogável quitação de todos os direitos e obrigações envolvidas no referido atendimento e solicitações, inclusive de reembolso, para nada mais reclamar em tempo e juízo algum, qualquer verba.

CLÁUSULA QUINTA – Os **TRANSIGENTES** reconhecem que a presente transação é válida, eficaz e plenamente vinculante, produzindo todos os seus efeitos legais, **impedindo a reabertura, rediscussão ou reapresentação** de qualquer controvérsia, direito ou pretensão por ela solucionados, nos termos dos artigos 840 e seguintes do Código Civil. Assim, as partes **renunciam, de forma expressa, irrevogável e irretratável**, a qualquer medida judicial ou extrajudicial que, direta ou indiretamente, esteja relacionada ao evento ou sinistro ora transacionado.

Por estarem assim justos e combinados firmam o presente Termo de Transação, eletronicamente ou em 02 (duas) vias impressas somente no anverso, de igual teor, perante as testemunhas abaixo.

Campinas, _____ de _____ de 202____.

MÉDICO COOPERADO
CRM-SP _____

BENEFICIÁRIO

Testemunhas:

1) _____
Nome:
RG:
CPF:

2) _____
Nome:
RG:
CPF:

