

Registro 703466991 **ANS:** 312720 **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30
Razão Social: UNIMED DO ESTADO DO PARANA FEDERACAO ESTADUAL
DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

Minuta do Contrato: PLANO COLETIVO EMPRESARIAL AMBULATORIAL
HOSPITALAR ENFERMARIA

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação: AMBULATORIAL HOSPITALAR

Instrumento Jurídico

a) Qualificação da operadora

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, com sede em Curitiba/PR, Endereço: R. Antônio Camilo, n.º 283, Tarumã, Cep: 82530-450, Curitiba/PR, CNPJ.: 78339439/0001-30, Registro da Operadora na ANS n.º: 312720, Classificação da Operadora na ANS: COOPERATIVA, neste ato representada pelo Diretor Presidente e Diretor Superintendente, a seguir chamada CONTRATADA.

b) Qualificação da contratante

INSTITUTO DE FLORESTAS DO PARANÁ

CNPJ: 76.013.937/0001-63

Rua Máximo João Kopp, 274 – Bloco V – Santa Cândida – Curitiba / PR – CEP 82.630-900

c) Nome comercial e nº de registro do plano de saúde

NOME COMERCIAL: **UNIMED COP BÁSICO EMPRESARIAL**

Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 703.466/99-1

d) Tipo de contratação

COLETIVO EMPRESARIAL

e) Segmentação assistencial do plano de saúde

AMBULATORIAL HOSPITALAR

f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde

SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009 | Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canalde relacionamento



A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

g) Área de atuação do plano de saúde

Em todo o território nacional.

h) Padrão de acomodação em internação

COLETIVO (enfermaria).

i) Formação do preço

Pré-estabelecido.

j) Serviços e coberturas adicionais

NÃO SE APLICA.

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656, de 3 de junho de 1998, de prestação continuada de serviços a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, **observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.**

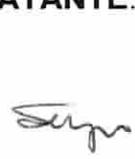
1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender às condições de admissão e prazos abaixo especificados:

- a) não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;
- b) apresentar à CONTRATADA o contrato social com a última alteração, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo empresarial e a relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;
- c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:
- c1. Contrato e termo de concordância com a proposta comercial;
 - c2. Planilha de movimentação cadastral;
 - c3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de adesão a este contrato for inferior a 30 (trinta) beneficiários OU CASO O BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE ADESÃO AO PLANO DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE;
 - c4. Declaração de opção de CPT (quando for o caso);
 - c5. Cópia do RG, CPF e comprovante de residência dos beneficiários inscritos;
 - c6. Declaração comprovando vínculo empregatício dos beneficiários titulares inscritos.
- d) A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através da planilha de movimentação cadastral, podendo incluir ou excluir beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

Parágrafo único. Fica estabelecido que a movimentação de beneficiários supracitada é de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE.



2.2. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas à Pessoa Jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, bem como os sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

Parágrafo Primeiro. A adesão dos dependentes abaixo discriminados dependerá da participação do beneficiário titular no plano de saúde, devendo ser escolhido o mesmo padrão de acomodação para todos (dependentes e titular).

Parágrafo Segundo. São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;
- c) o enteado, a criança ou adolescente, solteiro, até 35 (trinta e cinco) anos incompletos, sob guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes;
- f) f) netos solteiros até 21 (vinte e um) anos incompletos, desde que sob guarda do titular ou filhos de dependentes inscritos neste contrato.

2.2.1. É assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos pelo titular, exceto para doenças preexistentes, desde que inscrito até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção, mediante apresentação do respectivo termo.

2.2.2. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de elegibilidade de titulares e dependentes.

2.2.3. É obrigação e responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, com nomes e qualificação completa, inclusive, número do CPF,

www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR
T. (41) 3219-1500

RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros, sob pena de infração contratual.

2.2.4. Fica a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares, sempre que demandado.

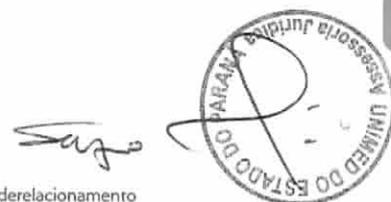
TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. **A CONTRATADA assegurará** aos beneficiários inscritos no presente plano a cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como **os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, **observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS, bem como, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, previstas na legislação vigente, observadas a segmentação e a área de abrangência do plano contratado**, assegurada independentemente do local de origem do evento, **conforme segue:**

3.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

3.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.

3.1.3. Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**



SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0600 642 2009 | Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canaisdereacionamento

Parágrafo único. Para as patologias não mencionadas na diretriz de utilização da norma supracitada, fica garantida a cobertura até o limite de 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual.

3.1.4. **Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, desde que solicitado pelo médico assistente, limitada a 18 (dezoito), 12 (doze) ou 6 (seis) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.5. Cobertura de consulta e sessões com terapeuta ocupacional, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) ou 12 (doze) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.6. Cobertura de **psicologia**, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) sessões por ano contratual, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.7. Cobertura de **psicoterapia**, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 12 (doze) sessões por ano contratual, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo quanto por médico devidamente habilitado, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.8. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.1.9. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

b) quimioterapia oncológica **ambulatorial**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como hospitais, clínicas, ou ambulatórios;**

c) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, para o segmento ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam descritos no Rol da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.10. Cobertura de cirurgia refrativa – PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

a) Miopia moderada e grave, entre - 5,0 e – 10,0 graus, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0. ou,

b) Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0, com a refração medida através de cilindro negativo.

3.1.11. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

Parágrafo Único. Na hipótese de disponibilidade de leito no padrão de acomodação contratado, caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior, ou faça qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com

o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

3.1.12. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente.

3.1.13. Cobertura de alimentação conforme dieta geral do hospital e acomodação oferecida pelo hospital, para um acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente.

3.1.14. Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, caso haja indicação clínica.

3.1.15. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, quando em atendimento coberto.

3.1.16. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, quando em atendimento coberto.

3.1.17. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, **realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar coberta por este contrato.**

3.1.18. Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato.

Parágrafo único. Entende-se por *comprovadamente necessária*, a remoção de paciente internado em unidade hospitalar que não possua recursos para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para o controle da evolução da doença ou elucidação diagnóstica.

3.1.19. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações:**



a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD ambulatorial ou hospitalar;

b) quimioterapia oncológica **ambulatorial ou hospitalar**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas ou ambulatórios;**

c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, para os segmentos ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista **prevista no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10** e suas atualizações;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10** e suas atualizações;

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

3.1.20. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, bem como a cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, **conforme previsto no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10** e suas atualizações.

3.1.21. Cobertura de cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia **somente terá cobertura se preenchidas todas as condições e exigências estabelecidas na legislação vigente que regulamentam esta matéria.**

3.1.22. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e convencional.

3.1.23. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos (RN nº 211/2010) e suas atualizações, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, em hospitais credenciados, sendo garantida a cobertura de exames complementares previstos neste contrato, solicitados pelo profissional executante, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.1.24. Cobertura, **em prestador credenciado**, da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos exclusivamente odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar, excluídos os honorários do cirurgião dentista e materiais odontológicos, com cobertura de exames complementares previstos no ROL médico (RN Nº 211/10) solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.1.25. Cobertura de transplante de medula, Rins e Córneas, bem como as despesas com os procedimentos vinculados (aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção;**
- d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

Parágrafo Único. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.



3.1.26. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

3.1.26.1. Nível Ambulatorial:

a) o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.1.26.2. Nível Hospitalar: fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, em prestador credenciado, sendo cabível o pagamento de coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela CONTRATADA, com o ônus do beneficiário do valor correspondente, descontado em folha de pagamento.

3.1.27. Cobertura dos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

3.1.28. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II** da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262/2011 e suas atualizações.

3.1.29. Cobertura de despesas de alimentação fornecida pela entidade hospitalar para acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

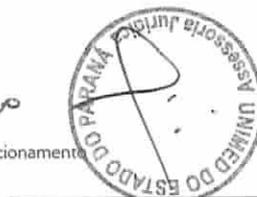
4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10, respeitadas as coberturas mínimas

obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso off-label);**
- b) **Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- c) **Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- d) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- e) **Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- f) **Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;**
- g) **Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios);**



- h) **Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese, qualquer material permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- i) **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- j) **Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- k) **Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e de medula listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;**
- l) **Consultas e demais atendimentos domiciliares;**
- m) **Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 (e suas atualizações) e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;**
- n) **Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 211/10 e suas atualizações;**
- o) **Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;**
- p) **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- q) **Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.**



- r) **Parto a termo (normal ou cesárea), assistência ao trabalho de parto e atendimento integral ao recém-nascido (sala de parto, berçário e UTI);**
- s) **Secção de ligamentos útero-sacros e amniorredução ou amnioinfusão;**
- t) **Cerclagem do colo uterino e inversão uterina - redução manual ou tratamento cirúrgico;**
- u) **Revisão obstétrica de parto ocorrido fora do hospital (inclui exame, dequitação e sutura de lacerações até de 2º grau);**
- v) **Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais e transfusão fetal intra-uterina.**

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura do mesmo, ou em outra data acordada entre as partes, por meio de Aditamento Contratual.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento do respectivo formulário cadastral pela CONTRATADA, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento para o seu ingresso.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano, conforme disposto no Parágrafo Primeiro deste tema.

5.2 Este contrato vigorará por no mínimo 12 (doze) meses, e no silêncio das partes prorrogar-se-á automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009 | Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canaisderelacionamento

6.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários, DESDE QUE O BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS CONTADOS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DE SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE.

6.2. Para que possam usufruir dos serviços garantidos neste contrato, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo indicados, contados da data de seu ingresso no plano:

a) Urgência e Emergência - 24 horas, exceto quando **em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária, cujo atendimento será limitado às 12 (doze) primeiras horas em regime ambulatorial, conforme previsto no tema VIII - Urgência e Emergência, adiante mencionado;**

b) Consultas médicas - 30 (trinta) dias;

c) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 (trinta) dias;

d) Fisioterapias - 90 (noventa) dias;

e) Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional – 90 (noventa) dias;

f) Demais coberturas (exceto parto a termo) - 180 (cento e oitenta) dias;

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo Primeiro. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº



9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas atualizações.

Parágrafo Segundo. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.2. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

Parágrafo Segundo. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

7.3. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.4. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, será facultado à CONTRATADA o oferecimento do agravo.

Parágrafo Primeiro. Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal ou constatadas na perícia.

Parágrafo Segundo. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada ou constatada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Parágrafo Terceiro. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.5. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.6. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Único. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.7. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Único. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos limites deste contrato, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.8. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.9. Instaurado o processo administrativo na ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

Parágrafo Único. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

7.10. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

Parágrafo Único. Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.11. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.12. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.13. Não haverá Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Urgência são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

8.2. Emergência são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

8.3. É assegurada a cobertura para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, após 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário.



8.4. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão até a alta do paciente, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas.

8.6. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.

8.7. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.8. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário, dentro dos limites de cobertura geográfica do plano, nas seguintes situações:

a) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para a unidade hospitalar própria ou contratada mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus;**

b) Depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS;**

Parágrafo Primeiro. A remoção para outro hospital a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos no item "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de vida, o beneficiário, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento devem negociar entre si a

responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Parágrafo Terceiro. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

c) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado, desde que solicitado pelo médico assistente.

8.9 É garantido o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência, realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados**, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

Parágrafo único. O reembolso será efetuado de acordo com a TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigente na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e de acordo com os preços médios de mercado, para materiais e medicamentos, considerando o prazo de até 30 (trinta) dias da entrega completa dos documentos originais abaixo relacionados:

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;

d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

8.9.1. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.9.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 NÃO SE APLICA

TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários e o **CONTRATANTE** devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **CONTRATADA** para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

10.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, de acordo com os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA, após a realização dos procedimentos, nas condições abaixo.

10.1.1. FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS ABAIXO DESCRITOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 72,00 (SETENTA E DOIS REAIS) POR PROCEDIMENTO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA, COM REPASSE AO BENEFICIÁRIO.

Parágrafo primeiro. Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas em consultório e pronto socorro, fisioterapias, acupunturas, exames e procedimentos de diagnose e terapia, realizados em consultório médico, em clínicas, laboratórios e hospitais, em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo segundo. A coparticipação será cobrada por procedimento realizado e não por amostra, ou seja, em um exame de sangue, por exemplo, retira-se uma amostra para realização de exames, mas é possível realizar vários exames/procedimentos. Nesta hipótese a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos realizados na amostra.

10.1.2. Na internação psiquiátrica de beneficiários, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no tema III – **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, haverá controle mediante coparticipação de 50% **SOBRE O TOTAL DA DESPESA** a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela CONTRATADA.

10.2. **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:** A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários inscritos no plano o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do BENEFICIÁRIO devolver os respectivos cartões individuais de identificação, **sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.**

Parágrafo Segundo. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão da segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas no tema XII - REAJUSTE.

10.3. **CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:** Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de atendimento, mediante agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médico plantonista;

b) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: **serão realizados por médicos cooperados ou profissionais e estabelecimentos de**



saúde credenciados que integram a rede prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed com autorização prévia da CONTRATADA;

c) Os exames complementares e serviços auxiliares poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista e serão realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed, com autorização prévia da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. A Autorização Prévia de que trata as alíneas 'b' e 'c', será fornecida no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado do recebimento da solicitação médica completa (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

Parágrafo Segundo. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Quarto. O plano ora contratado não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação publicada no site www.unimed.coop.br, sendo expressamente excluída a cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII - Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico.

Parágrafo Quinto. Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9656/98, com comunicação prévia nos casos de substituição da rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO: A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos, acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO, eventualmente devidos, a qual será calculada sobre os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigente na data do evento.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA as mensalidades de seus beneficiários inscritos neste contrato, com desconto em folha de pagamento, conforme valores discriminados na Proposta Comercial, nº **GEVEN_110/15**, acrescidos dos eventuais valores cobrados a título de coparticipação, os quais se submetem aos reajustes e revisões previstos no presente instrumento, podendo ser repassado o valor ao beneficiário.

Parágrafo segundo. Os valores pagos pela CONTRATANTE, conforme parágrafo primeiro, referente à mensalidade e a coparticipação de seu grupo familiar, serão repassados aos beneficiários titular na forma de desconto em folha de pagamento.

11.2. As mensalidades e as coparticipações previstas no tema X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO, serão pagas pelo CONTRATANTE até seus respectivos vencimentos, conforme acordado entre as partes, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

Parágrafo único. Conforme previstos nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98, bem como no caso de entes da administração pública direta ou indireta, as mensalidades e as coparticipações previstas no tema X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO, serão de responsabilidade do beneficiário titular.

11.3. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas nos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo realizados os acertos nas faturas subsequentes.

11.4. Na hipótese do responsável pelo pagamento não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências de mora.

11.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor em atraso.

11.6. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de coparticipação (quando devidos), o **responsável pelo pagamento** poderá solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

11.7. Por se tratar de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de vigência da cobertura em que houve a inadimplência, permanecerá o CONTRATANTE responsável pelo desconto em folha de pagamento do beneficiário titular e repasse das respectivas parcelas à CONTRATADA.

11.8. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

11.9. Sendo a contratação realizada na forma de preço único, conforme definido na Proposta Comercial, em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, será adotado o mesmo critério para a participação do empregador:

TEMA XII – REAJUSTE

12.1.1. Este contrato integrará o agrupamento de contratos quando o número de beneficiários for inferior a 30 vidas, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da ANS, de 24 de outubro de 2012, e suas atualizações.

12.1.2. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato pertencerá ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

12.1.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

12.1.4. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu

aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.2.

12.1.5. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.3.

12.1.6. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico desta operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

12.2. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

12.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o limite máximo de coparticipação previsto no item 10.1.1, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de Reajuste Máximo autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais/familiares, para o período de referência antecedente, conforme publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre os meses de janeiro e dezembro.

Parágrafo Único. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.2.1., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.2.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 30 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de janeiro e dezembro.

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / S_m) - 1$$

Onde: **S** - Sinistralidade apurada no período
S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2.2., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

12.3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o teto máximo de coparticipação, previsto no item 10.1.1, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de Reajuste Máximo autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais/familiares, vigente na data do reajuste, conforme publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 4 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Parágrafo Único. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.3.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (S_m), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / S_m) - 1$$

Onde: **S** - Sinistralidade apurada no período
S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato



Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

12.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

12.7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com faixa única, de acordo com a proposta comercial para cada beneficiário inscrito.

Parágrafo único. O preço único definido na proposta comercial, teve como parâmetro os percentuais das variações das faixas etárias abaixo:

Faixas Etárias	%
00 – 18	0%
19 – 23	20,51%
24 – 28	18,78%
29 – 33	9,31%
34 – 38	8,27%
39 – 43	14,91%
44 – 48	11,54%
49 – 53	17,00%
54 – 58	39,65%
> 59	32,56%



13.2. Na contratação em preço único, não se aplica os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária, prevalecendo o reajuste anual a cada aniversário do contrato.

13.3. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando-se que o valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

13.4. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

13.5. Na contratação em preço único, não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária, sendo que a tabela prevista no item 13.1 assumirá caráter meramente informativo aos beneficiários titulares.

TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS

14.1. Para o presente contrato coletivo, em razão da primeira massa de beneficiários inscritos, foi concedido desconto de 30% (trinta por cento) sobre o valor das mensalidades, cujos valores, já observado o desconto mencionado, constam na Proposta Comercial, parte integrante deste instrumento.

Parágrafo primeiro: O desconto supracitado não se aplica aos eventuais valores devidos a título de coparticipação.

Parágrafo segundo: Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15. Seguem abaixo regras diferenciadas asseguradas pela legislação aos contratos coletivos:

15.1. DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA

15.1.1. No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular, que tenha contribuído financeiramente

para o plano antes da extinção do vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades dos beneficiários a serem mantidos na condição de inativos.

Parágrafo Único. O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição, observando-se o mínimo de 06 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2. APOSENTADOS

15.2.1. É assegurado ao beneficiário aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde, o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, por ocasião da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades dos beneficiários a serem mantidos na condição de inativos.

Parágrafo Primeiro: Ao beneficiário que tenha contribuído por 10 (dez) anos ou mais, o período de manutenção na condição de inativo será por prazo indeterminado, enquanto vigente o presente contrato.

Parágrafo segundo. Ao beneficiário que tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos, o período de manutenção na condição de inativo será à razão de um ano para cada ano de contribuição, enquanto vigente o presente contrato.

Parágrafo terceiro. Considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

Parágrafo quarto. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário inativo, conforme regras definidas neste item, sendo considerado, para tanto, o momento do seu desligamento efetivo.

15.3. DISPOSIÇÕES COMUNS A DEDITOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E AOS APOSENTADOS

15.3.1. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pela CONTRATANTE em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos

dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

Parágrafo primeiro. Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito de manutenção na condição de inativo, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de saúde.

Parágrafo Segundo. A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

15.3.2. A garantia prevista neste tema não exclui vantagens obtidas decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

15.3.3. É garantida a extensão do benefício ao grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho, bem como a inclusão de novo cônjuge e filhos do beneficiário titular no período de manutenção da condição de beneficiário inativo.

Parágrafo primeiro. A manutenção da condição de beneficiário pode ser exercida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

Parágrafo segundo: Será garantida a permanência na condição de inativos aos dependentes já inscritos, em caso de morte do beneficiário titular.

15.3.4. Compete à CONTRATANTE comunicar o ex-empregado de forma inequívoca, no ato da rescisão, sobre o direito à manutenção da condição de beneficiário inativo, a ser exercido num prazo de 30 (trinta) dias contados da extinção do contrato de trabalho, sendo formalizado, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, comunicando a decisão do beneficiário à CONTRATADA.

15.4. DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

15.4.1. Em alusão ao direito do empregado aposentado ou demitido, ou exonerado sem justa causa, a CONTRATADA somente analisará a solicitação de exclusão de beneficiário titular que contemplar as seguintes declarações da CONTRATANTE:

- a) Se o empregado contribuiu para o plano de saúde;
- b) O motivo da extinção do contrato de trabalho;
- c) Se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;
- d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano; e
- e) Se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter esta condição.

Parágrafo Único: Enquanto não forem prestadas as informações formais requeridas neste tema, o beneficiário titular e eventuais dependentes permanecerão na condição de vínculo ativo.

15.5. EXTINÇÃO DA CONDIÇÃO DE INATIVO

15.5.1. O direito assegurado neste tema se extingue para o beneficiário titular e seus dependentes na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) Não pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que notificado previamente pela CONTRATADA até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- b) Decurso do prazo previsto no parágrafo único do item 15.1 ou parágrafos do item 15.2;
- c) Admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, sendo este considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; e
- d) Cancelamento, rescisão, rescisão ou denúncia do presente contrato por qualquer das partes contratantes.

15.5.2. No caso de cancelamento, rescisão, rescisão ou denúncia do presente contrato, é garantida a possibilidade de aquisição de plano na modalidade individual/familiar, com a absorção das carências já cumpridas.

Parágrafo Primeiro. Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após a extinção deste contrato.

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários a extinção deste contrato, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

15.5.3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de inativo, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Serão excluídos do presente contrato, o beneficiário titular juntamente com seus dependentes, quando:

- a) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- c) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- d) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme tema II – *CONDIÇÕES DE ADMISSÃO*;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê o tema XVII – *RESCISÃO/SUSPENSÃO*; e,
- g) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE, ou pelo beneficiário, observado, no que couber, o tema II – *CONDIÇÕES DE ADMISSÃO*.

16.2. A exclusão de beneficiários demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados por solicitação da CONTRATANTE dependerá da comprovação



inequívoca da comunicação do direito de permanência na condição de inativos, desde que atendidos os requisitos dispostos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656/1998.

Parágrafo único. A exclusão dos beneficiários que optarem pela permanência na condição de inativos ocorrerá nas seguintes hipóteses:

- a) Decurso do prazo previsto para a sua permanência;
- b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- c) Pelo cancelamento do presente contrato pela CONTRATANTE.

16.3. A CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente.

TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no contrato.

17.2. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

Parágrafo único. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

17.3. É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação dos beneficiários.

17.4. O presente contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, de forma motivada, quando:

- a) qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) ocorrer inadimplência das mensalidades e/ou coparticipações superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato;
- c) Nas hipóteses de fraude contratual.

17.5. Havendo beneficiários em período de internação, a parte solicitante ou que motivou a suspensão ou rescisão do plano de saúde, compromete-se a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO. A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br, de acordo com a rede de atendimento expressa no cartão de identificação do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no "site" o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, sem, contudo, pertencerem à rede credenciada do plano ora contratado.

Parágrafo Segundo. Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no "site".

18.2. Estão expressamente excluídos da rede credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:

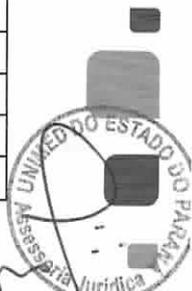
UF	PRESTADOR	CNPJ
BA	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	13518634000182
BA	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLO	13644877000167
BA	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	14022735000120
BA	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA	5261406000141
BA	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	14736706000120
BA	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33917568000120
BA	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA	34326108000190
BA	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE	34326140000176
BA	HOSPITAL SOBABY LTDA	13266929000370
BA	OKYTA CLINICA LTDA	4672875000190
BA	MEDTOWER INVESTIGACAO DIAGNOSTICA LTDA	5542437000170



www.unimed.coop.br/parana
 Rua Antonio Camilo, 283
 82530.450 Tarumã, Curitiba - PR
 T. (41) 3219-1500

DF	CLINICA SANTA NATIVIDADE LTDA	4158100000100
DF	CLIMEGO CLINICA MEDICA DE GINECOLOGIA E	4258512000103
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037265
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037346
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037427
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037508
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037770
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038075
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038156
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038237
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038318
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038407
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038580
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038660
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038903
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650040720
PE	HOSPITAL ESPERANÇA	2284062000106
PE	CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN	9866294000103
PE	HOSPITAIS ASSOC DE PERNAMBUCO LTDA	10839561000132
PE	REAÇ HOSPITAL PORTUGUES	10892164000124
PE	HOSPITAL UNIMED RECIFE I I I	11214624001957
PE	HOSPITAL JAYME DA FONTE	11452240000143
PE	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE LTDA	70237144000141
RJ	HOSPITAL DE CLINICAS DE NITEROI LTDA.	27781293000148
RJ	HOSPITAL ICARAI – CLINICA SÃO GONÇALO LTDA	31671480000308
RJ	DH - DAY HOSPITAL LTDA	173618000153
RJ	CENTRON - CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLOGIC	2864097000106
RJ	MEIER MEDICAL CENTER S/C LTDA	3410722000102
RJ	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	4023995000248
RJ	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	6047087000996
RJ	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	6047087001020
RJ	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	9578217000158
RJ	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	28602407000108
RJ	MEDISE MEDICINA DIAGNOSTICO E SERVICOS L	29259736000241
RJ	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	29435005005198
RJ	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	29435005005279
RJ	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	31635857000101

SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009 | Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canaiderelacionamento



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

RJ	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	3215470000127
RJ	CLINICA MEDICO CIRURGICA BOTAFOGO S A	33171638000144
RJ	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33419482000178
RJ	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33419482000259
RJ	CLINICA DA GAVEA S A	33501214000109
RJ	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	33722224000166
RJ	CLINICA SOROCABA S A	33765553000194
RJ	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	33964776000180
RJ	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	60922168000348
RJ	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	73696718000219
RJ	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	86748076000204
RS	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	88625686002443
RS	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	92685833000151
SC	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	84694405000167
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000183
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650005223
SP	DELBONI & A - D D A S/A	61486650005657
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001660
SP	HOSPITAL E M S L S - U BRASIL	6047087000724
SP	HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. UNID. ASSUNCAO	6047087000805
SP	HOSPITAL ALVORADA (MATERNO INFANTIL)	8100676000320
SP	HOSPITAL ALVORADA (ABC CIRURGICA)	8100676000401
SP	CLINICA INTEGRADA SIMMM S/S LTDA	5401758000155
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000139
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000210
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000309
SP	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	60453024000390
SP	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	60544244000167
SP	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	60678604000113
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	60678604000202
SP	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	60726502000126
SP	SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	60765823000130
SP	SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN	60765823000806
SP	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	60777901000205
SP	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES S/A	60875226000168
SP	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	60884855000316



www.unimed.coop.br/parana
 Rua Antonio Camilo, 283
 82530-450 Tarumã, Curitiba - PR
 T. (41) 3219-1500

SP	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	60922168000771
SP	FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE	60961968000106
SP	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA	60975737000232
SP	FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV	61062212000198
SP	CLINICA PEDIATRICA DE URGENCIA S/C LTDA.	61190211000129
SP	HOSPITAL INFANTIL SABARA S.A.	61213674000240
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000345
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000507
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000698
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001074
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001317
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001406
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001589
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650002046
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650003441
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650006386
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650007609
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650008087
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650008168
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650015610
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650016772
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650018716
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650019011
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650021342
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650023396
SP	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP.SIRIO LIBANES	61590410000124
SP	REAL BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA BE	61599908000158
SP	REAL BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA BE	61599908001553
SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	62779145000190
SP	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL	66750613000154
SP	SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	60765823000130
SP	SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	60765823000806

Parágrafo único. A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre consultada a

SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009 | Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canaisderelacionamento



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues



relação dos prestadores disponíveis para o plano, divulgada no site www.unimed.coop.br.

18.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

18.4. Fazem parte do presente contrato a Proposta Comercial, a Declaração de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e a planilha de movimentação cadastral.

Parágrafo Único. É de responsabilidade da CONTRATANTE a distribuição do Guia de Leitura Contratual a todos os beneficiários titulares vinculados ao presente contrato.

Tema XIX - Eleição do Foro

19.1 Fica eleito o foro do domicílio do(a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Curitiba 01 de abril de 2015.


Dr. Faustino García Alferez
Diretor Vice-Presidente
Unimed Paraná



INSTITUTO DE FLORESTAS DO PARANÁ

Dr. Sergio O. Ioshii
Diretor de Mercado
Unimed Paraná



UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FED. EST. DAS COOP. MEDICAS

Testemunhas:



EVANDRO LUCAS DE BARROS
CPF/MF: 017.632.999-45



PAULO H. LIMA DE CARVALHO
CPF/MF: 062.567.649-19