

ÍNDICE

A - CONTRATADA:.....	2
C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	2
D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	2
E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	2
F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	2
G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	2
H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	2
I – FORMAÇÃO DO PREÇO	3
J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....	3
TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA	13
TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO	15
TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	16
TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	21
TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO	21
TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	23
TEMA XII – REAJUSTES	24
TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS	26
TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS.....	27
TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	27
TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	27
TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO	28
TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS	29
TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO	39

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.

A - CONTRATADA:

UNIMED REGIONAL MARINGÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, sediada em Maringá, à Av. Bento Munhoz da Rocha Neto, 750, Zona 7 - Fone (044) 3221-2727 - CEP 87030-010 - Maringá - Pr., inscrita no C.N.P.J sob o n.º 76.767.219/0001-82.

B - CONTRATANTE:

RAZÃO SOCIAL: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL
NOME FANTASIA: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL
ENDEREÇO: EST OSWALDO MORAES CORREA, 1000 LOTES 03 E 05
BAIRRO: ZONA 41
CIDADE: MARINGÁ ESTADO: PR CEP: 87.065-240
FONE: (44) 3221-3480 C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

NOME COMERCIAL DO PLANO:
ADESÃO/AMB/HOSP/OBST/NACIONAL/ENFERMARIA/COPART
NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: 467084121

D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

COLETIVO POR ADESÃO

E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL + HOSPITALAR / COM OBSTETRÍCIA

F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Nacional.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Em todo o território nacional.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

COLETIVO.

I – FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido.

J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

NÃO SE APLICA.

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de **Serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde na forma Médico Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia previstos no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde, e dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, vigente à época do evento.

1.2 O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do disposto nos art. 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando ainda sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão ser inscritos neste contrato, como beneficiários titulares, as pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação de vínculo profissional, classista ou setorial.

2.2 Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender às seguintes condições, abaixo especificadas:

a) apresentar à CONTRATADA, o estatuto com a ata da última reunião, regimento interno, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo por adesão e a relação dos associados/cooperados/sindicalizados juntamente com os documentos que comprovem o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 9º, incisos e parágrafos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações, conforme abaixo:

- Documento que comprove o vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, com o devido reconhecimento de seu dirigente.

2.3 Para fins de admissão neste contrato, serão considerados usuários dependentes:

- a) cônjuge;
- b) filhos (as) solteiros (as) até 28 anos;
- c) filhos e filhas, solteiros, inválidos com comprovação de dependência econômica pelo INSS;
- d) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge.
- f) netos até 18 anos.

Parágrafo primeiro – a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

2.4 É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

I – do filho adotivo do consumidor, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo usuário titular adotante.

II – Os menores de 12 (doze) anos quer sejam filhos adotivos, crianças ou adolescentes, que estiverem sob responsabilidade do beneficiário em regime de guarda provisória conferida pelo juízo, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção ou a decretação da guarda provisória pelo juízo.

2.5 A não observação do prazo do inciso II, do item 2.4, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

2.6 Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE fornecerá, em documento próprio, fornecido pela CONTRATADA, a relação dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

2.7 As futuras inclusões, exclusões e alterações de beneficiários serão informadas por meio de planilha de movimentação, que deverá ser entregue até o dia 20 (vinte) de cada mês, para que tenham vigência no mês subsequente à alteração solicitada.

2.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a condição de dependência de cada titular.

2.9 É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do

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

2.10 Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

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 CID-10 (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, 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 na Cláusula XVII, bem como, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação e área de abrangência do plano contratado**, assegurada independentemente do local de origem do evento, **conforme especificado abaixo**:

3.2 COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 Cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, para doenças relacionadas no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e procedimentos relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE vigentes à época do evento, observadas as seguintes exigências:

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

cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgia-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.2.2 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- f) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial.

3.2.3 No tratamento de transtornos psiquiátricos:

- a) atendimento às emergências, 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 auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
- b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissional da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas, independente das sessões de psicoterapia não consideradas de crise.**

3.2.4 Cobertura de no mínimo 24 consultas/sessões com fonoaudiólogo por ano de contrato, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO II** da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:

- a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e. pacientes com disfagia (CID R13);
- f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disfonia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

Parágrafo único: Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.

3.2.5 Cobertura de no mínimo 12 consultas/sessões com nutricionista por ano de contrato, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO II** da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:

- a. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b. Jovens entre 10 e 20 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- c. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa

Corpórea (IMC) <22 kg/m²);

d. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica.

3.2.5.1 Cobertura obrigatória, de no mínimo 18 consultas/sessões com nutricionista por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

Parágrafo único: Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

3.2.6 Cobertura de no mínimo 40 consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO II** da **RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. Transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

Parágrafo único – Cobertura de no mínimo 12 consultas/sessões com terapeuta ocupacional por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO II** da **RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

3.2.7 Cobertura de no mínimo 12 sessões de psicoterapia por ano de contrato, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO II** da **RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);

- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos de comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos de desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

3.2.8 Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 262/2011 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;

3.2.10 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, conforme procedimentos previstos no rol da ANS vigente à época do evento, de acordo com os critérios estabelecidos na Lei 9263/96.

3.2.11 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.2.12 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.3 COBERTURA HOSPITALAR

3.3.1 A cobertura Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº 9.656/98:

3.3.2 Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE** vigente à época do evento.

3.3.3 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no anexo I da RN 192/2009 e **no rol vigente à época do evento.**

3.3.4 Cobertura assegurada ao atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento, respeitada a rede referenciada/credenciada pela CONTRATADA.

3.3.5 Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.6 Cobertura **em prestador credenciado** da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, **excluído os honorários do cirurgião dentista**, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.7 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, **exceto medicação de manutenção**.

3.3.8 Diárias de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

3.3.9 Cobertura de internações em hospitais credenciados à contratada, ou clínicas credenciadas à contratada, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

Parágrafo Único: Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer 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.

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

3.3.11 Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados, serviços contratados ou credenciados.

3.3.12 Serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular e domiciliar.**

3.3.13 Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

3.3.14 Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica, e para o controle da evolução da doença.

3.3.15 Fornecimento de medicamentos e materiais registrados/regularizados na ANVISA, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.16 Acomodação e alimentação (conforme dieta geral do hospital) fornecidas pelo hospital a um acompanhante dos usuários menores de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada pelo usuário.

3.3.17 Custeio integral de trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, para tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

Parágrafo único - As internações definidas neste artigo estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas (que não poderá caracterizar o financiamento integral da internação), observada a TABELA DE REFERÊNCIA DA UNIMED, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, sendo que o percentual abaixo mencionado está de acordo com o normativo vigente da ANS, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias, não há co-participação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 30%;
- c) acima de sessenta dias, co-participação de 50%.

3.3.18 Além da internação definida no item anterior, o usuário com transtornos psiquiátricos em situação de crise poderá dispor de oito semanas anuais (não cumulativas) de tratamento em regime de hospital-dia.

Parágrafo único - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98,

relacionados no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde), esta cobertura poderá ser estendida a cento e oitenta dias por ano, não cumulativos, a critério do médico assistente.

3.3.19 Custeio integral de trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização.

§ 1º - As internações referidas neste item estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas (que não poderá caracterizar o financiamento integral da internação), **observada a TABELA DE REFERÊNCIA DA UNIMED**, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, sendo que o percentual abaixo mencionado está de acordo com o normativo vigente da ANS, nos seguintes termos:

- d) de um a trinta dias, não há co-participação;
- e) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 30%;
- f) acima de sessenta dias, co-participação de 50%.

§ 2º - medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos primeiros quinze dias de internação, não terão co-participação.

3.3.20 Cobertura para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, transplantes de córnea e rim, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época do evento, respeitadas as diretrizes ali contidas, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

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

§1º - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

§2º - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar

o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor.

§3º - Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela CONTRATADA.

3.3.21 Cirurgia Plástica Reparadora de órgãos ou funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura contratual, exceto quando seu objetivo for para fins exclusivamente estéticos.

3.3.22 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.

3.3.23 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;**

3.3.24 Cobertura para procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde respeitadas as segmentações e os prazos de carência e cobertura parcial temporária.

3.3.25 Cobertura para a remoção do paciente, solicitada pelo médico assistente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, 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.

3.3.26 A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.4 COBERTURA OBSTÉTRICA

3.4.1 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

3.4.2 Toda a cobertura definida no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto e **puerpério**, definidos e listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS** vigente à época do evento.

3.4.3 Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

3.4.4 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta (30) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença e/ou lesão preexistente ou aplicação de

cobertura parcial temporária ou agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência conforme previsão contida no tema VI. Após o prazo de 30 dias a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido ou adotado no contrato.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Estão excluídos da cobertura deste contrato, além dos procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS vigente à época do evento, os seguintes procedimentos:

- 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- d) **tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- e) **tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).**
- f) **tratamentos em clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- g) **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;**
- h) **fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são 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);

- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo 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;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e autólogos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;
- m) consultas e demais atendimentos domiciliares;
- n) 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;
- o) todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 211/10 e suas atualizações;
- p) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- q) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA com seus prestadores credenciados;
- r) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- s) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, sejam realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por

exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.

- t) Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia, exceto cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) com cobertura obrigatória em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01(um) ano com miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau de até - 4,0 ou hipermetropia até 6,0 grau, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0, com a refração medida através de cilindro negativo.

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O início de vigência do contrato dar-se-á na data indicada na proposta de adesão, firmada pela CONTRATANTE, segundo a sua conveniência.

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA da respectiva Proposta de Adesão – Alteração Contratual, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento.

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. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de assinatura da proposta de adesão dos mesmos.

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

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 As carências explicitadas nesta cláusula serão contadas a partir da data de inclusão do beneficiário no contrato, sendo assim especificadas:

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura (**sem limite de tempo**) de casos de urgência decorrentes de acidente pessoal;
- b) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura dos casos de urgências decorrentes de complicações no processo gestacional ou emergências, limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que ocorra internação;
- c) **30 (trinta) dias** para consultas e exames de patologia clínica;

- d) **90 (noventa) dias** para procedimentos de reabilitação física, acupuntura, fisioterapia e outros exames, exceto os relacionados na letra “d”, abaixo;
- e) **180 (cento e oitenta) dias** para procedimentos clínicos e cirúrgicos, seja em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia Intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnostica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, e psicoterapia de crise.
- f) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

Parágrafo primeiro – serão isentos do cumprimento de carência os beneficiários vinculados à CONTRATANTE e cuja inscrição no plano ocorra até 30 (trinta) dias, contados da celebração do contrato principal;

Parágrafo segundo: a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da celebração do contrato, a inclusão de beneficiários já vinculados à CONTRATANTE, em período anterior, implicará no cumprimento das carências normais definidas no contrato principal;

Parágrafo terceiro – para os novos beneficiários, que vierem a se vincular à pessoa jurídica CONTRATANTE depois de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato, somente haverá isenção do cumprimento de carência se sua inscrição ocorrer no período de 30 (trinta) dias contados da data de cada aniversário do contrato e que o seu vínculo com a CONTRATANTE tenha ocorrido dentro dos últimos 12 meses;

Parágrafo quarto – excetuando-se o acima previsto, caberá a todos os novos beneficiários o cumprimento das carências contratuais definidas no contrato.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 Todos os beneficiários a serem inscritos no contrato deverão preencher o formulário de Declaração de Saúde, independente do número de inscritos no plano de saúde.

7.2 Cada usuário deverá preencher seu formulário de saúde, por ocasião da inscrição no plano de saúde, na qual informa ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano. O preenchimento do formulário de saúde para os menores de idade deve ser realizado pelo representante legal.

7.3 A informação será prestada, por meio de declaração de saúde, em formulário específico fornecido pela CONTRATADA, que fará parte integrante deste contrato e será preenchido, **a critério do usuário**:

- a) sem a assistência de médico;

b) com a assistência de um médico da CONTRATADA, sem nenhum ônus para o usuário;

c) com assistência de um médico de sua indicação, **assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.**

7.4 Na declaração de saúde, o usuário titular deverá relacionar, por si e por seus dependentes, todas as lesões e doenças preexistentes à contratação de seu conhecimento, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela CONTRATADA de eventuais prejuízos.

7.5 É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração acima mencionada.

7.6 Fica facultado, a critério da CONTRATADA, durante o período de 24 meses a contar da data da vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário, a realização de exame pericial, posteriormente à realização da declaração de saúde, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

7.7 A constatação da existência de lesão ou doença preexistente, nos termos da regulamentação específica da matéria, resultará na aplicação da cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, período no qual haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.8 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 (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

7.9 A CONTRATADA poderá comprovar o conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição de saúde quanto à doença ou lesão preexistente durante o período de 24 meses. A omissão da doença ou lesão preexistente poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento do beneficiário.

7.10 A CONTRATADA irá notificar o beneficiário da alegação de omissão de doença ou lesão preexistente eventualmente não declarada na ocasião da contratação do plano. Se o beneficiário não concordar com a alegação, a CONTRATADA irá encaminhar documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

Parágrafo primeiro: Após decisão da ANS favorável à CONTRATADA, os envolvidos serão excluídos por fraude, nos termos da lei 9656/98 e resoluções pertinentes, bem como, poderá a CONTRATADA efetuar a cobrança das despesas com a assistência

médico-hospitalar e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva notificação da identificação da omissão de informação.

Parágrafo segundo: Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a exclusão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo com decisão favorável à CONTRATADA.

7.11 Eventual realização de perícia médica, quando da inscrição do beneficiário no plano contratado, veda a possibilidade de abertura de processo de alegação de omissão de informação no preenchimento da Declaração de Saúde.

7.12 Os atendimentos caracterizados como de **urgência ou emergência**, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, somente terão a cobertura do segmento ambulatorial, e serão limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que não haverá cobertura com relação aos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionadas com a doença/lesão preexistente.

Parágrafo único - Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da contratante, não cabendo ônus à operadora.

7.13 As crianças nascidas de parto coberto pela contratada, aí entendido após o cumprimento de carência previsto no tema VI, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida, a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do beneficiário, assim como estará garantida a sua inscrição na contratada sem necessidade de cumprimento de qualquer período de carência, de cobertura parcial temporária ou agravado.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

8.2 **Urgência** são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional;

8.3 Nos casos de urgência ou emergência o atendimento será prestado após 24 horas da inclusão do beneficiário no contrato, considerando que:

Parágrafo Primeiro – estando o beneficiário em carência contratual para o segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional e emergência terá tão somente a cobertura do segmento ambulatorial e será limitado às primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo Segundo – Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

8.4 Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência e para os eventos relacionados às doenças e lesões preexistentes (DLP) que envolva acordo de cobertura parcial temporária (CPT), este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, ou seja, limitada as primeiras 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

8.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, independente do cumprimento dos prazos de carência, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano.

8.6 Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria da cobertura hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da contratada.

8.7 É garantida a cobertura de atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

8.8 Depois de cumpridas as carências, é garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

8.9 É garantido o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.10 O presente contrato garante o reembolso das despesas com procedimentos 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, conforme valores das tabelas de referências da Unimed contratada.

8.11 O reembolso de que trata o item anterior, será efetuado de acordo com os valores das **Tabelas de Referência Praticada pela UNIMED Contratada**, vigentes à data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação 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.

8.12 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

8.13 Prescreve em um ano a contar da data do evento o prazo para que o beneficiário apresente todos os documentos para que a CONTRATADA efetue o reembolso das despesas no prazo previsto de 30 (trinta) dias.

8.14 Será garantida a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário nas seguintes situações:

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

b. Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes e nos casos de cumprimento de carência para internação ou cirurgias, caberá à CONTRATADA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento.

Parágrafo Primeiro. A remoção a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos nos itens "a" e "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) 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.

TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não se aplica a este contrato.

TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

10.1 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.

10.2 Para procedimentos exames e internamentos que exijam liberação prévia o beneficiário deverá dirigir-se à CONTRATADA, apresentando o cartão de identificação válido e um documento de identidade, de posse do pedido sendo que as liberações deverão ser expedidas no prazo máximo de até 01 (Um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

10.3 A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes e agregados o Cartão de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura os direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários.

10.4 Na hipótese de utilização do cartão de identificação, por terceiros, que não sejam o TITULAR ou DEPENDENTES regularmente inscritos neste contrato, a CONTRATANTE responderá por despesas que possam acontecer face à utilização indevida do cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada por meio de fatura simples.

10.5 Ocorrendo o extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação, a CONTRATANTE deve comunicar, por escrito o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do cartão.

10.6 A emissão de segunda via, ensejará pagamento de taxa de **R\$ 5,38 (cinco reais e trinta e oito centavos)** para cada cartão de identificação emitido, valor que será atualizado conforme índice de reajuste anual autorizado pela ANS.

10.7 É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante a última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução ou rescisão do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.

10.8 As internações hospitalares necessitarão de guia de internação hospitalar, emitidas pela UNIMED prestadora do serviço, com autorização prévia da CONTRATADA, obedecendo a área de abrangência geográfica estabelecida em contrato.

10.9 As guias de internação hospitalar serão expedidas pela UNIMED prestadora do atendimento, com autorização prévia da CONTRATADA, mediante pedido firmado por médico cooperado/assistente, obedecendo a área de abrangência geográfica estabelecida em contrato.

10.10 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado/assistente, até 24 (vinte e quatro) horas do termo final do período anteriormente liberado.

10.11 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

10.12 Fica garantida no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da resolução 08 do CONSU, tendo como base os protocolos oficiais e medicina baseada em evidências.

10.13 REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS: A relação de médicos cooperados e prestadores credenciados estará à disposição dos usuários na sede da CONTRATADA e na Internet, no site www.unimedmaringa.com.br.

10.14 A relação de **hospitais** credenciados poderá ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, mediante autorização prévia da ANS, sendo que a exclusão de prestadores será devidamente informada ao usuário, por meio de correspondência normal, nos termos do art. 17 da Lei 9656/98, e/ou informativo ao beneficiário, com 30 (trinta) dias de antecedência ressalvados os casos decorrentes por rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.15 Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação a Contratada arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para a Contratante.

10.16 Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante o período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a Contratada a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

10.17 FICA ESTABELECIDO A CO-PARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA 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\$ 110,00 (CENTO E DEZ REAIS) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: Haverá co-participação em consultas/sessões com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais realizadas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose e terapia, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame e fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

10.18 Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas, no caso de co-participação, serão calculados sobre a tabela de honorários da UNIMED, a Tabela Hospitalar da UNIMED e os materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados pelo mercado.

10.19 Este contrato somente será formalizado se houver uma adesão de no mínimo 10 vidas.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 PRÉ-ESTABELECIDO.

11.2 O pagamento total das mensalidades será feito pela CONTRATANTE, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

11.3 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

11.4 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, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes.

11.5 Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da CONTRATADA para que não se sujeite às conseqüências da mora.

11.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

11.7 Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de inadimplência, permanecerá o CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

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.

TEMA XII – REAJUSTES

12.1 Este contrato integra o agrupamento de contratos com até 29 beneficiários, 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.

12.1.1 A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado 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.

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

12.1.3 Se este contrato for agrupado na data da 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, 12.3 e subitens.

12.1.4 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 a partir do item 12.4 e subitens.

12.1.5 Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código do contratante informado no sistema RPC -Reajuste de Plano Coletivo, 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 nesse item.

12.2.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro subsequente.

Parágrafo único – o teto de co-participação previsto no item 10.17 será reajustado anualmente de acordo com o índice de reajuste autorizado pela ANS.

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

12.3 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

12.3.1 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 o mês de março e fevereiro subsequente.

12.3.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

12.3.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3, 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.

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

12.4.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 02 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.4.2 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.4.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

12.4.4 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, anteriores à data base de aniversário.

12.4.5 Neste caso, 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

12.4.6 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.4.3, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.4.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.5 Independentemente da data de inclusão dos usuários, 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.

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

12.7 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.

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

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do usuário, conforme os percentuais abaixo:

FAIXAS ETÁRIAS	%
00 - 18	0%
19 - 23	32,26%

24 - 28	24,00%
29 - 33	2,87%
34 - 38	3,72%
39 - 43	16,29%
44 - 48	19,41%
49 - 53	21,66%
54 - 58	33,20%
>59	49,85%

13.2 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

13.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, **e não se confundem com o reajuste anual.**

TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS

14.1. Para o presente contrato coletivo, em razão da primeira massa de beneficiários inscritos, foi concedido desconto de **20 (vinte por cento)** sobre o valor das mensalidades, cujos valores, já observado o desconto mencionado, constam na Proposta Comercial.

Parágrafo primeiro. O desconto supracitado não se aplica aos eventuais valores devidos a título de co-participação.

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

NÃO SE APLICA A ESTE CONTRATO.

TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 Caberá tão somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;

16.2 Será excluído do contrato, sem anuência da contratante, mediante prévia notificação, o titular que perder o vínculo com a CONTRATANTE ou que vier à óbito, salvo nas hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;

16.3 Será excluído do contrato o beneficiário titular, sem anuência da contratante, por fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;

16.4 Será excluído do contrato, sem anuência da contratante, mediante prévia notificação, o beneficiário dependente nas seguintes situações:

- a) A morte do titular;
- b) Deixar de ser cônjuge do beneficiário titular;
- c) Filhos (as) solteiros (as) ao completarem 29 anos;
- d) Filhos e filhas, solteiros, inválidos que não comprovarem dependência pelo INSS;
- e) O convivente que não comprovar união estável na forma da lei;
- f) Por fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;
- g) Utilizar indevidamente o cartão individual de identificação, assim entendido também a sua utilização por terceiros;
- h) Por omitir ou distorcer informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias e exames.

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 rescisão 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 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato;
- c) Nas hipóteses de fraude contratual.
- d) No caso de redução de beneficiários, vinculados ao contrato, para número inferior a 10 vidas.

17.5. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.

17.6. Em caso de rescisão imotivada por parte da CONTRATANTE, requerida antes do período de 12 (doze) meses, será cobrado o valor de 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes para se completar 12 (doze) meses.

TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 REDE PRESTADORA DE SERVIÇO. A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico www.unimedmaringa.com.br, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, os quais não fazem parte da rede credenciada neste plano contratado. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site" vinculados ao presente produto. 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.

18.2 **Assim estão expressamente excluídos da rede credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:**

UF	Unimed Contratante	CNPJ	Prestador
AP	UNIMED MACAPÁ	60975737000909	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	2989485000113	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA
BA	UNIMED SALVADOR	3376102000102	BAHIA SERVIÇOS DE SAÚDE S/A
BA	UNIMED SALVADOR	4298699000250	COOP. DE SERVIÇOS E REC. P. MED.DO SIST
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	4602792000125	HOSPITAL AEROPORTO LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5261406000141	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5469172000122	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5512809000116	HOSPITAL SALVADOR SERVICOS DE SAUDE LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	7452277000102	LEITE ORNELAS SERVICOS DE SAUDE LTDA

BA	UNIMED ILHÉUS	7947587000190	HOSPITAL DE ILHEUS LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	8147477000106	HOSPITAL AGNUS DEI
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	11465823000109	SAMH SERVICOS DE ASSISTENCIA MEDICO HO
BA	UNIMED SALVADOR	13016092000140	HOSPITAL ALIANÇA S/A
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13016092000140	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA
BA		15175839000138	FUND. COLOMBO SPINOLA – HOSPITAL SANTA LUZIA
BA			HOSPITAL SANTA ISABEL
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13518634000182	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13534771000100	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD
BA			INSBOT
BA			FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13644877000167	CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13808803000119	PROMEDICA PATRIMONIAL SA
BA	UNIMED SALVADOR	13869201000171	AMECA ATENDIMENTO MÉDICOS DE CATU LTDA
BA	UNIMED SALVADOR	13926639000144	MONTE TABOR CEN ITALO BRASILEIRO DE PROM
BA			HOSPITAL CPI (PEDIÁTRICO)
BA	UNIMED SALVADOR	13952064000134	INSTITUTO CARDIO PULMONAR DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	14022735000120	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA
BA	UNIMED ITABUNA	14349740000142	SANTA C DE M ITABUNA
BA	UNIMED SALVADOR	14373815000120	HOSPITAL DA CLIMA MARIA ALBANO LTDA

BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	14736706000120	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL
BA	UNIMED SALVADOR	15113103000135	REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICIENCI
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15140254000182	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15153745000249	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA
BA	UNIMED SALVADOR	15170723000106	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INF
BA	UNIMED SALVADOR	15171093000194	HOSPITAL EVANGÉLICO DA BAHIA
BA			HOSPITAL JORGE VALENTE
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15194004000125	FUNDAÇÃO JOSE SILVEIRA
BA	UNIMED SALVADOR	15194004000125	FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA
BA			HOSPITAL PORTUGUÊS
BA			HOSPITAL SÃO RAFAEL
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15233646001400	CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS HOSP. IMAC. CONCEIÇÃO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	33917568000120	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	34326108000190	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	34326140000176	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE
BA	UNIMED SALVADOR	42175539000202	SÔNIA E ARLINDO CONSULTÓRIOS MÉDICOS S/C
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	97397848000138	HOSPITAL JAAR ANDRADE
CE	CENTRAL NACIONAL UNIMED	41295288000156	HOSPITAL MONTE KLINIKUM SS LTDA

DF	CENTRAL NACIONAL UNIMED	1869367000109	INSTITUTO MEDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA
DF	CENTRAL NACIONAL UNIMED	6160688000153	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO
DF	UNIMED BRASÍLIA	50644053001004	FUNDACAO ZERBINI
DF			HOSPITAL ANCHIETA
DF			HOSPITAL SANTA LÚCIA S/A
DF			HOSPITAL SANTA LUZIA
M A	CENTRAL NACIONAL UNIMED	606258000136	CENTRO MEDICO DE CAXIAS LTDA
M A			UDI – HOSP – EMP MÉDICOS E HOSPITALARES
M A	CENTRAL NACIONAL UNIMED	11006293000130	HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA
M G			HOSPITAL MATER DEI – BELO HORIZONTE
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	611689000190	INST DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFA
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	83365635000110	HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE LTDA
PA			HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	92726819001473	INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVID
PE	UNIMED RECIFE	2284062000106	HOSPITAL ESPERANÇA
PE			HOSPITAL DE OLHOS PERNAMBUCO
PE			CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN
PE	UNIMED RECIFE	10839561000132	HOSPITAL SANTA JOANA
PE	UNIMED RECIFE	10892164000124	REAL HOSPITAL PORTUGUES
PE	UNIMED RECIFE	70237144000141	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE
PR			HOSPITAL BOM PASTOR-CIDADE: TURVO
PR			HOSPITAL SÃO JOÃO - GUARAPUAVA

PR			HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU
RJ	UNIMED RIO	173618000153	DH DAY HOSPITAL S C LTDA
RJ	UNIMED RIO	3410722000102	HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL
RJ	UNIMED RIO	4023995000248	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES
RJ	UNIMED LESTE FLUMINENSE	27781293000148	HCN.HOSP DE CLIN DE NITEROI LTDA.
RJ			INSTITUTO MINESOTA (VILA SERENA)
RJ	UNIMED RIO	30499826000701	HOSP QUINTA D OR CT INVEST CAR
RJ	UNIMED RIO	28602407000108	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-
RJ	UNIMED RIO	29259736000241	HOSP BARRA DOR MEDISE LTDA
RJ	CENTRAL NACIONAL UNIMED	30375885000255	CLINICA SANTA BRANCA
RJ	UNIMED RIO	32154700000127	HOSP DE CL RIO MAR BARRA LTDA
RJ	UNIMED RIO	33630484000101	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S A
RJ	UNIMED RIO	33722224000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO
RJ	UNIMED RIO	60922168000348	CASA DE S SAO JOSE
RJ	UNIMED RIO	72463813000129	CL PED DA BARRA LTDA
RJ			PRO CARDIACO PRONTO SOC CARDIOLOGICO
RJ			C S LARANJEIRAS
RJ			HOSPITAL COPA DOR FMG
RJ			HOSPITAL INTEGRADO DA GÁVEA
RJ			HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA
RJ			ORDEM DA 3ª PENITÊNCIA
RJ			PRONTOCOR PRONTO SOCORRO
RJ			CASA DA ORDEM SÃO MIGUEL
RJ			CL BAMBINA
RJ			CLÍNICA SÃO VICENTE
RJ			CLÍNICA SOROCABA
RJ			HOSPITAL SAMARITANO CL. MED. CIR. BOT.

RJ			CLÍNICA PEDIÁTRICA DA GÁVEA
RN			PROMED
RN			HOSPITAL GERAL CEL. PEDRO GERMANO
RN			CASA DE SAÚDE PETRÓPOLIS
RN			IMEP-INST DE MEDICINA PEDIÁTRICA
RN			MATERNIDADE JANUÁRIO9 CICC
RN			HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO
RN			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
RS	UNIMED VALE DO SINOS	4337634000195	HOSPITAL MUNICIPAL NOVO HAMBURGO
RS	UNIMED NORDESTE-RS	87277000000111	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE
RS	UNIMED VALE DO SINOS	88332580007763	COMUNIDADE EVANGELICA LUTER SAO PAULO LT
RS	UNIMED PORTO ALEGRE	88625686002443	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC
RS			HOSPITAL N.S. MEDIANEIRA DO CÍRC. OPERÁRIO CAXIENSE
RS			SEBS-LABORATÓRIO
RS	UNIMED PORTO ALEGRE	92685833000151	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO
SC	UNIMED TUBARÃO	472996000138	EMIR SERVICOS MEDICOS LTDA.
SC	UNIMED TUBARÃO	1595799000179	SOCIMED - SERV. HOSPITALARES LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	2765097001635	ASSOCIACAO BENEDITINA DA PROVIDENCIA
SC	UNIMED FLORIANÓPOLIS	10853021000103	HOSP DA PLASTICA DE SANTA CATARINA LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	82558487000197	HOSP. MUNICIPAL HENRIQUE LAGE
SC	FED. SANTA CATARINA	83016238000132	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR SAO PEDRO LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	83249714000165	FUND.MED.SOC.RURAL SAO SEBASTIAO
SC	UNIMED TUBARÃO	83467126000106	HOSPITAL SANTO ANTONIO

SC	UNIMED TUBARÃO	83708792000180	FUND. MEDICA SOCIAL RURAL SAO MART
SC	FED. SANTA CATARINA	83743450000100	SOC. HOSP. COMUNITARIA P. CLEMENTE KAMPM
SC	UNIMED TUBARÃO	83883306001213	S.D.P. HOSP.NOSSA SENHORA DA CONCEI
SC	UNIMED TUBARÃO	84203132000100	HOSPITAL DE CARIDADE SAO JOAO BATIS
SC	UNIMED TUBARÃO	84423516000139	HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA
SC	UNIMED JOINVILLE	84694405000167	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA
SC	UNIMED TUBARÃO	84903988000199	HOSPITAL CARIDADE SENHOR BOM JESUS
SC	UNIMED TUBARÃO	85285930000191	FUND. HOSPITALAR SANTA OTILIA
SC	UNIMED TUBARÃO	85878700000136	FUND.MED.SOCIAL RURAL RIO FORTUNA
SC	UNIMED TUBARÃO	86437845000164	HOSPITAL SANTA TEREZINHA HOSP. DE CLÍNICAS BELMIRO SAGGIORATTO LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	135740000135	ADLM SERVICOS MEDICOS LTDA
SP	UNIMED SÃO CARLOS	1335266000158	PRO VISAO HOSPITAL DE OLHOS LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	2029840000102	BETA HOSPITAIS ASSOCIADOS LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	2902926000106	HOSPITAL BOSQUE DA SAUDE
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	3325102000175	UNIDADE GERONTOLOGICA PAULISTA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	4168957000100	COMPLEXO HOSPITALAR PAULISTA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	4191313000206	SEMEAR GESTAO DE SERVICOS HOSPITALARES
SP	UNIMED PAULISTANA	6047087000139	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	6047087000210	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A
SP			HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP FUNDAÇÃO ZERBINI-INCOR SÃO PAULO

SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	8620828000154	ASSOCIACAO HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ES
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9122934000251	BW MEDICA SERVICOS HOSPITALARES LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	43022466000109	UNIDADE OFTALMOLOGICA DE SANTANA
SP			HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	46543781000676	SOC ASSIST BANDEIRANTES
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	49667108000121	HOSPITAL SANTA MONICA SC LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	50529502000263	CEAM - CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICA MORA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	51262665000104	CLINICA MEDICA SANTO ANTONIO
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	52578234000114	DIO SP SERVICOS MEDICOS SC LTDA
SP	UNIMED JABOTICABAL	56896368000134	IRMANDADE MISER DE JABOTICABAL
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	57009599000141	HOSPITAL SANTO AMARO S/C LTDA
SP	UNIMED ABC	57555666000123	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL
SP	UNIMED ABC	59135723000140	HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	60453024000390	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO
SP	UNIMED PAULISTANA	60544244000167	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO
SP	UNIMED PAULISTANA	60678604000113	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	60726502000126	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ
SP	UNIMED PAULISTANA	60875226000168	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LO
SP	UNIMED PAULISTANA	60884855000316	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	60922168000771	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA

SP	UNIMED PAULISTANA	60961968000106	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE
SP	UNIMED PAULISTANA	60975737000232	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA
SP	UNIMED PAULISTANA	61062212000198	FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV
SP	UNIMED PAULISTANA	61213674000169	PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA
SP	UNIMED PAULISTANA	4360373000124	HOSPITAL E MATERNIDADE SINO BRASILEIRO L
SP	UNIMED PAULISTANA	61590410000124	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP.SIRIO LIBANES
SP	UNIMED PAULISTANA	61599908000158	REAL E BENEMERITA SOC PORTUGUESA BENEF
SP	UNIMED PAULISTANA	62779145000190	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	62996640000150	LAPA ASSISTENCIA MEDICA S/S LTDA
SP	UNIMED PAULISTANA	66750613000154	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	67185694000150	GRAACC GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE
SP	UNIMED PAULISTANA	60777901000205	HOSPITAL SANTA PAULA S/A PRO VISÃO HOSPITAL DE OLHOS LTDA
SP			HOSPITAL SANTA MARTA
SP			HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
SP			HOSPITAL PRÍNCIPE HUMBERTO S/A
SP			HOSPITAL SANTA ELISA
SP			NEOMATER S/C LTDA
SP			HOSPITAL SÃO LEOPOLDO DELBONI AURIEMO (DIAGNÓSTICO DA AMÉRICA S/A)
SP			LAB. ANAL. PESQ. CLIN. GASTÃO FLEURY
SP			HOSPITAL CARLOS CHAGAS S/A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIÊNCIA

SP			PRO MATRE PAULISTA S.A.
SP			HOSPITAL ANCHIETA S.A.
SP			HOSPITAL FAMILY-SÃO PAULO

Parágrafo único: A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre observada a rede prestadora contida no site www.unimed.com.br.

18.3 É PARTE INTEGRANTE DESTE CONTRATO:

- 18.1.1 Proposta de Adesão;
- 18.1.2 Formulário de Declaração de Saúde;
- 18.1.3 Relação dos Hospitais não cobertos por este Contrato;
- 18.1.4 Guia Médico;
- 18.1.5 Manual de Contratação de Plano de Saúde;
- 18.1.6 Guia de Leitura Contratual.

18.4 Os usuários com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactentes, lactantes e crianças até 5 anos, serão privilegiados no atendimento.

18.5 A inserção de mensagens no boleto das mensalidades ou correspondência anexas a este, valerá como intimação da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

18.6 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.7 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

18.8 A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

18.9 CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, declarações de vínculo legal de seus beneficiários ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.

TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO

19.1 Fica eleito o domicilio do CONTRATANTE como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

E, por estarem assim, justos e contratados assinam o presente Contrato presença das testemunhas abaixo para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Maringá - Pr, 01 de Março de 2016.

TESTEMUNHAS:

RG:
CPF:

COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL
C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

RG:
CPF:

UNIMED REGIONAL MARINGÁ
C.N.P.J: 76.767.219/0001-82