

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO DO PARANÁ
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS SEÇÃO DO PARANÁ
PENSÃO MULTIPATROCINADORA DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
SEÇÃO DO PARANÁ E DA CAIXA**

CONTRATO N°: 0224/2019

COPARTICIPAÇÃO: 30% Apenas em Consulta

ACOMODAÇÃO: Apartamento

CONTRATAÇÃO: Coletivo Empresarial

OBSTETRÍCIA: Com Obstetrícia

DATA ASSINATURA: 1 de junho de 2019





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

Registro 463.659/11-7 **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 NACIONAL APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação: AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

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 de Mercado, a seguir chamada CONTRATADA.

b) Qualificação das contratantes

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO DO PARANÁ

CNPJ 77.538.510/0001-41

Rua Brasilino Moura, 253, Ahú, Curitiba / PR – CEP 80540-340.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE APUCARANA

CNPJ: 77.538.510/0011-13

R. Rene Camargo de Azambuja, 440, Centro, CEP: 86800-090, Apucarana / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE ARAPONGAS

CNPJ: 77.538.510/0036-71

Rua Tito-Tico, 1015, Vila Natal, CEP: 86707-020, Arapongas / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BR - SUBSEÇÃO DE ARAUCÁRIA

CNPJ: 77.538.510/0013-85

R. Alexandre Wisocky, 1005, Fazenda Velha, CEP: 83703-410, Araucária / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE ASSIS CHATE

CNPJ: 77.538.510/0044-81

AV Cívica, 220, Centro, CEP: 85935-000, Assis Chateaubriand / PR.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

SUBSEÇÃO DE BANDEIRANTES

CNPJ: 77.538.510/0049-96

R. Wilson Rodrigues, 170, Centro, CEP: 86360-000 – Bandeirantes / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE CAMPO LARGO

CNPJ: 77.538.510/0047-24

TV Francisco Augusto Robacher, 198, Vila Operária, CEP: 83601-364, Campo Largo / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE CAMPO MOURÃO

CNPJ: 77.538.510/0029-42

R. Rocha Pombo, 1184, Centro, CEP: 87300-450, Campo Mourão / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE CASCAVEL

CNPJ: 77.538.510/0002-22

AV. Assunção, 668, Jardim Alto Alegre, CEP: 85805-030, Cascavel / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE CASTRO

CNPJ: 77.538.510/0018-90

R. Padre Casimiro, 579, Jardim das Araucárias, CEP: 84172-030, Castro / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE CIANORTE

CNPJ: 77.538.510/0028-61

PC Da República, 16, Centro, CEP: 87200-127, Cianorte / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE COLOMBO

CNPJ: 77.538.510/0050-20

R. Francisco Camargo, 334, Centro, CEP: 83414-010, Colombo / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBS CORNÉLIO PROCÓPIO

CNPJ: 77.538.510/0009-07

R. Antonio Paiva Junior, 193, Centro, CEP: 86300-000, Cornélio Procópio / PR.

O.A.B - SUBSEÇÃO DE CRUZEIRO DO OESTE

CNPJ: 77.538.510/0039-14

R. Peabiru, 114, Centro, CEP: 87400-000, Cruzeiro do Oeste / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE DOIS VIZINHOS

CNPJ: 77.538.510/0048-05

Rua Presidente Costa e Silva, 130, Centro, CEP: 85660-000, Dois Vizinhos / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

CNPJ: 77.538.510/0008-18

R Jose Menezes, 40, Centro, CEP: 85856-220, Foz do Iguaçu / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE FCO BELTRAO

CNPJ: 77.538.510/0007-37

AV Julio Assis Cavalheiro, 2523, Centro, CEP: 85601-000, Francisco Beltrão / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE GOIOERE

CNPJ: 77.538.510/0025-19

R Guimaraes Rosa, 325, Centro, CEP: 87360-000, Goioerê / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE GUAIRA

CNPJ: 77.538.510/0035-90

R Comandante Moraes Rego, 872, Centro, CEP: 85980-000, Guaíra / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE GUARAPUAVA

CNPJ: 77.538.510/0043-09

R. Coronel Saldanha 1903, Centro, CEP: 85010-130, Guarapuava / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE IBAITI

CNPJ: 77.538.510/0027-80

PC Dos Três Poderes, 263, Centro, CEP: 84900-000, Ibaiti / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE IPORÃ

CNPJ: 77.538.510/0045-62

R Sinop, 630, Centro, CEP: 87560-000, Iporã / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE IRATI

CNPJ: 77.538.510/0041-39

R Pacifico Borges, 107, Rio Bonito, CEP: 84500-000, Irati / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE IVAIPORA

CNPJ: 77.538.510/0030-86

R Augusto Urbaniski, S/N, ao lado da Ciretran, CEP: 86870-000, Ivaiporã / PR

O.A.B. - SUBSECAO DE WENCESLAU BRAZ

CNPJ: 77.538.510/0032-48

PC Rui Barbosa, 79, Centro, CEP: 84950-000, Wenceslau Braz / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE JACAREZINHO

CNPJ: 77.538.510/0006-56

R Orodovaldo de Assis Moreira, 948, Centro, CEP: 86400-000, Jacarezinho / PR.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BR - SUBSEÇÃO DE LAPA

CNPJ: 77.538.510/0016-28

R Barão do Rio Branco, 1640, Centro, CEP: 83750-000, Lapa / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE LARANJEIRAS

CNPJ: 77.538.510/0038-33

AV Jose Campigoto, 987, Centro, CEP: 85301-310, Laranjeiras do Sul / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE LOANDA

CNPJ: 77.538.510/0033-29

R Roma, 905, Alto da Glória, CEP: 87900-000, Loanda / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE LONDRINA

CNPJ: 77.538.510/0026-08

R. Governador Parigot de Souza, 311, Centro Cívico, CEP: 86015-650, Londrina / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE MAL CDO RONDON

CNPJ: 77.538.510/0023-57

Dom João VI, 1633, Centro, CEP: 85960-000, Marechal Candido Rondon / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE MARINGÁ

CNPJ: 77.538.510/0004-94

AV Juscelino Kubitschek, 970, Zona 02, CEP: 87010-440, Maringá / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE MEDIANEIRA

CNPJ: 77.538.510/0042-10

R Acre, 1980, Centro, CEP: 85884-000, Medianeira / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE N. ESPERANÇA

CNPJ: 77.538.510/0040-58

R Marins Alves de Camargo, 1600, Centro, CEP: 87600-000, Nova Esperança / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE PALMAS

CNPJ: 77.538.510/0034-00

R Professora Lenira Maciel Ribas, 79, Centro, CEP: 85555-000, Palmas / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE PALOTINA

CNPJ: 77.538.510/0046-43

R Dom Pedro I, 119, Centro, CEP: 85950-000, Palotina / PR.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE PARANAGUA

CNPJ: 77.538.510/0022-76

R Xavier da Silva, 136, Tuiuti, CEP: 83203-620, Paranaguá / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE PARANAVAÍ

CNPJ: 77.538.510/0010-32

R Professora Neuza Casão Borba, 1635, Centro, CEP: 87705-160, Paranavaí / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE PATO BRANCO

CNPJ: 77.538.510/0005-75

R Goianases, 158, Centro, CEP: 87705-160, Pato Branco / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE PITANGA

CNPJ: 77.538.510/0020-04

R Deputado Francisco Costa, 390, Centro, CEP: 85200-000, Pitanga / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE PONTA GROSSA

CNPJ: 77.538.510/0003-03

R Leopoldo Guimarães da Cunha, 510, Centro, CEP: 84035-310, Ponta Grossa / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE PRUDENTOPOLIS

CNPJ: 77.538.510/0024-38

TR Wilson Copak, 152, Centro, CEP: 84400-000, Prudentópolis / PR.

ORDEM ADVOGADOS BR-SUBSEÇÃO DE RIO NEGRO

CNPJ: 77.538.510/0015-47

R Leonardo Arbigaus, S/N, Campo do Gado, CEP: 83880-000, Rio Negro / PR.



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BR-SUBSEÇÃO DE SÃO JOSE DOS PINHAIS

CNPJ: 77.538.510/0012-02

R Paulino de Siqueira Cortes, 1289, Centro, CEP: 83030-730, São José dos Pinhais / PR.



O A B - SUBSEÇÃO DE STO ANTONIO DA PLATINA

CNPJ: 77.538.510/0021-95

R Sete de Setembro, 827, Centro, CEP 86430-000, Santo Antonio da Platina / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE T. BORBA

CNPJ: 77.538.510/0017-09

AV. Presidente Kennedy, 887, Centro, CEP: 84261-400, Telêmaco Borba / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE TOLEDO

[Handwritten signature]



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

CNPJ: 77.538.510/0019-70
R General Estilac Leal, 1574, Centro, CEP: 85900-120, Toledo / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SUBSEÇÃO DE UMUARAMA

CNPJ: 77.538.510/0037-52
R Desembargador Antonio Franco Ferreira da Costa, 3660, Centro, CEP: 87501-200, Umuarama / PR.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SUBSEÇÃO DE UNIAO DA VIT

CNPJ: 77.538.510/0031-67
R Marechal Floriano Peixoto, 326, Centro, CEP: 84600-010, União da Vitória / PR.

FUNDO DE PENSÃO MULTIPATROCINADO DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO DO PARANÁ E DA CAIXA

CNPJ 00.889.819/0001-51
Rua Candido Lopes, 146, Centro, Curitiba / PR, CEP 80020-060

CAIXA DE ASSISTENCIA DOS ADVOGADOS SEÇÃO PARANÁ

CNPJ 76.688.936/0001-19
Rua Brasilino Moura, 253, Ahú, Curitiba / PR – CEP 80540-340.

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

NOME COMERCIAL: **UNIMED COP CONSULTAS - ESPECIAL MATER EMPRESARIAL**

Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: **463.659/11-7**



d) Tipo de contratação

COLETIVO EMPRESARIAL



e) Segmentação assistencial do plano de saúde

AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde

A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

g) Área de atuação do plano de saúde



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

Em todo o território nacional.

h) Padrão de acomodação em internação

INDIVIDUAL (apartamento).

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 (RN) nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017, 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, as CONTRATANTES deverão atender às condições de admissão abaixo especificadas:



- 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



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

para contratar plano coletivo empresarial e a relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com as CONTRATANTES, 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. Documento comprobatório do vínculo empregatício dos beneficiários titulares inscritos.

d) As CONTRATANTES informarão à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através de login no Portal da Contratada, cujo endereço é <https://portal975.unimedpr.coop.br/session>, podendo incluir ou excluir beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão, bem como as condições estabelecidas no tema XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

Parágrafo primeiro. As CONTRATANTES são responsáveis por indicar para a CONTRATADA o seu preposto responsável pela movimentação de beneficiários no Portal da CONTRATADA, explicando ao mesmo as responsabilidades decorrentes desta atividade.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

Parágrafo segundo. Fica estabelecido que a movimentação de beneficiários supracitada é de exclusiva responsabilidade das CONTRATANTES.

2.2. Fica estabelecido que a movimentação de beneficiários, compreendida como situações de inclusão, exclusão e atualização cadastral, será de exclusiva responsabilidade das CONTRATANTES, bem como a veracidade das informações prestadas.

Parágrafo primeiro. A movimentação de beneficiários observará o seguinte calendário, desde que apresentada toda a documentação prevista na alínea "c" do item 2.1 acima:

- a) As movimentações solicitadas pelas contratantes até o dia 20 de cada mês serão processadas para início de vigência no primeiro dia do mês subsequente; e
- b) As movimentações solicitadas pelas contratantes entre os dias 21 do mês atual e 20 do mês subsequente serão processadas para início de vigência no primeiro dia do segundo mês subsequente.

Parágrafo segundo. As CONTRATANTES deverão encaminhar o pedido de exclusão por iniciativa do beneficiário titular à CONTRATADA em até 30 (trinta) dias contados da solicitação.

Parágrafo terceiro. Ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias da solicitação de exclusão às CONTRATANTES, poderá o beneficiário titular solicitá-la diretamente à CONTRATADA.

2.3. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas às Pessoas Jurídicas CONTRATANTES por relação empregatícia ou estatutária, bem como os sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários, menores aprendizes e os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente às pessoas jurídicas contratantes, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo Único. 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).



2.4. São considerados beneficiários dependentes elegíveis do titular:



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

- a) o cônjuge, sem eventual concorrência com o(a) companheiro(a);
- b) o(a) filho(a), o (a) qual poderá ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias;
- c) o(a) enteado(a), o (a) qual poderá ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias;
- d) o menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular, do cônjuge ou do(a) companheiro(a) do titular, por força de decisão judicial, o(a) qual poderá ser incluído até 17 anos, 11 meses e 29 dias;
- e) o(a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- f) os filhos incapazes, sem limite de idade, assim declarado judicialmente;

2.4.1. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, mediante apresentação da Certidão de Nascimento, **desde que:**

- a) a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
- b) o beneficiário - pai, mãe ou responsável legal - tenha cumprido as carências contratuais.

Parágrafo Único. Na hipótese do não cumprimento de carência de 180 dias, o recém-nascido, filho natural ou adotivo, absorverá as carências já cumpridas pelo beneficiário (pai, mãe ou responsável legal), sendo necessário o cumprimento do período restante de carências.

2.4.2. 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.

2.4.3. Poderão ser inscritos no plano o novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, no período de manutenção da condição de beneficiário, nos moldes estabelecidos no Tema XV – *REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS*.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

2.4.4. À CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelas CONTRATANTES, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de elegibilidade de titulares e dependentes.

2.4.5. É obrigação e responsabilidade das CONTRATANTES manter permanentemente atualizadas, junto à CONTRATADA, as informações cadastrais dos beneficiários titulares e dependentes, quais sejam: nome completo, CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome completo da mãe e endereço do beneficiário titular, dentre outras que porventura venham a ser exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, sob pena de infração contratual.

2.4.6. Ficam as CONTRATANTES responsáveis por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares, sempre que demandada.

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, por intermédio da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 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 atendimento nos prestadores elencados no tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS, bem como, para fins de liberação, as quantidades e limites definidos nas 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

3.1.3. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, **respeitados os números de consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada e/ou dos critérios fixados, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 e suas atualizações.**

3.1.4. Cobertura de psicoterapia, desde que solicitado pelo médico assistente, **respeitados os números de sessões por ano contratual, que poderá ser realizado tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 e suas atualizações.**

3.1.5. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, desde que solicitado pelo médico assistente, **respeitados os números de sessões por ano contratual, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 e suas atualizações.**

3.1.6 Cobertura de 2 (duas) consultas de fisioterapia, por ano de contrato, não cumulativa, para cada novo CID apresentado pelo beneficiário, em consequente necessidade de construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.

3.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, respeitadas as LIMITAÇÕES e DIRETRIZES estabelecidas nos anexos da referida resolução:

a) cobertura das ações de planejamento familiar, exceto o previsto na letra “c” do item 4.1 do TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA;

b) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

c) 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob**





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde;

d) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 e suas atualizações e esteja tecnicamente adequada,** respeitando preferencialmente as seguintes características:

d.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

d.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

e) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, para a segmentação ambulatorial;

f) 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 428/17 e suas atualizações;

g) hemoterapia ambulatorial;

h) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.



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

a) Miopia moderada e grave, entre - 5,0 e - 10,0 graus DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo ou;



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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

3.1.9. 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 civil e/ou financeira para a CONTRATADA.

3.1.10. 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.**

3.1.11. 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 dos 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, **mediante indicação do médico assistente.**

3.1.12. Cobertura de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, **caso haja indicação clínica.**

3.1.13. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, **quando vinculados a procedimento coberto pela Operadora.**

3.1.14. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, **em prestador credenciado, desde que o procedimento seja coberto por este contrato, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:**





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem na Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, respeitando-se a segmentação contratada;

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

3.1.16. 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.

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

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.

3.1.18. 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 428/17 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 (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde;

c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, para as segmentações 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 428/17 e suas atualizações;

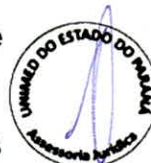
g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista prevista no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

3.1.19. 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 428/17 e suas atualizações.



3.1.20. 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 regulamenta esta matéria.**

3.1.21. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e convencional, desde que previstos no anexo I da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações.



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

3.1.22. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos (Resolução Normativa nº 428/17 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, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

3.1.23. 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, bem como a cobertura de exames complementares previstos no rol de procedimentos médico-hospitalares (Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações).

Parágrafo único. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão cobertos.

3.1.24. Cobertura de exames complementares previstos no rol de procedimentos médico-hospitalares (Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações), solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.



3.1.25. Cobertura de **órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos anexos da Resolução Normativa nº 428/17 da ANS e suas atualizações.**



Parágrafo primeiro. Cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos daquela Resolução Normativa.

Parágrafo segundo. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto

2



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

3.1.26. Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, bem como das 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, mediato e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção**;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

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, e terão cobertura conforme as disposições da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações.

3.1.27. Cobertura de internações psiquiátricas, apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

3.1.28. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, conforme **DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II** da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428/17 e suas atualizações.

3.1.29. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

3.1.30. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, sendo este entendimento como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

3.1.31. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo estabelecido de 30 dias, caso o recém-nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto no tema II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, ainda que este encontre-se internado.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, 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 de Odontologia - CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como órteses e próteses, para fins estéticos, sendo entendido como procedimento estético 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) Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

- 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) Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, que não estejam regularizados, nem registrados e suas indicações não constem na bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- h) 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 à unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios), excetuados os medicamentos previstos na alínea “d” do item 3.1.7 do tema III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS;
- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, entendido 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, não sendo 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/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- l) Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção daqueles constantes no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 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 428/17 e suas atualizações e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

p) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando a respectiva técnica não estiver assim especificada no Anexo I da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

q) Todos os tratamentos oncológicos não constantes no Rol de Procedimentos da ANS vigente, ainda que prescritos pelo médico assistente;

r) Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato, ou fora da rede própria, credenciada ou contratada;

s) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

t) 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;

u) Consulta médica em especialidade não reconhecida ou que esteja definida como "área de atuação" pelo Conselho Federal de Medicina; e

v) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.



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.



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

Parágrafo Segundo. As CONTRATADAS poderão 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

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 ATÉ 30 (TRINTA) 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, observado o disposto 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;
- g) Parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez – 300 (trezentos) dias.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 9656/1998, 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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, ser-lhe-á facultada a oferta 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. **Emergência** são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de 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. **É assegurada, nos limites abaixo descritos,** a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário no plano, **ressalvadas as restrições de cobertura relativas ao cumprimento de carências contratuais ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT, conforme descrição abaixo:**

Parágrafo Primeiro. Estando o beneficiário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária – CPT, o atendimento de urgência e emergência referente a complicações no processo gestacional, será garantido, após 24 horas da inclusão do beneficiário no contrato, e terá cobertura igual ao da segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Parágrafo Segundo: Estando o beneficiário em cumprimento de carência ou CPT, quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de internamentos ou 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 ou realização de cirurgias hospitalares, passará a ser do beneficiário ou CONTRATANTE, não cabendo ônus à operadora.

Parágrafo Terceiro: Depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato ou adesão ao plano, será garantida a cobertura sem restrições para atendimentos médicos cobertos decorrentes de acidentes pessoais.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

8.4. É garantido o reembolso das despesas dos 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 Primeiro: O reembolso de que trata este item, **será efetuado de acordo com os valores da TABELA UNIMED REFERÊNCIA, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS**, ambas vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e **deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento**, com a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Carta de solicitação de reembolso constando os dados pessoais do beneficiário que realizou o atendimento, bem como a justificativa para realização do procedimento de urgência e emergência em caráter particular;
- b) Recibo ou nota fiscal originais constando o nome do paciente e a data do atendimento, contendo a descrição detalhada, pelo prestador, de cada procedimento realizado com os respectivos valores unitários;
- c) O CPF ou CNPJ deve estar incluso no recibo ou nota fiscal;
- d) Dados bancários do beneficiário ou do terceiro indicado pelo Titular: banco; agência; conta corrente ou poupança; nome completo do correntista; CPF do correntista; data de nascimento. **(No caso de depósito em conta de terceiro, necessária autorização por escrito do titular do plano).**
- e) 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;
- f) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

- g) 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;
- h) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e respectivos laudos;
- i) Outros documentos solicitados pela Operadora;

Parágrafo Segundo. O reembolso, quando deferido, será realizado pela Operadora em até 30 (trinta) dias, a contar da entrega completa da documentação.

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

8.4.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

8.5. A CONTRATADA garante 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 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 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 os **CONTRATANTES** 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 pelos **CONTRATANTES** diretamente à CONTRATADA, de acordo com os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA, vigente na data do evento, após a realização das consultas, nas condições abaixo.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Taramã, Curitiba - PR

10.1.1. FICA ESTABELECID A COPARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DAS CONSULTAS ABAIXO DESCRITAS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTES CONTRATOS, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 120,00 (CENTO, VINTE REAIS) POR PROCEDIMENTO, A SER PAGA PELOS CONTRATANTES DIRETAMENTE À CONTRATADA.

Parágrafo primeiro. Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas em consultório e pronto socorro.

Parágrafo segundo. A coparticipação será cobrada por consulta realizada.

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 dos CONTRATANTES 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, os CONTRATANTES 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\$ 8,00 (oito 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;**





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 tabela própria 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.

Parágrafo primeiro. AS CONTRATANTES obrigam-se a pagar à CONTRATADA as mensalidades de seus beneficiários inscritos neste contrato, conforme valores





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

discriminados na Proposta Comercial Nº **GMER_GV_0224-19**, os quais se submetem aos reajustes e revisões previstos no presente instrumento.

Parágrafo segundo: Responsabiliza-se as CONTRATANTES a disponibilizar aos beneficiários os valores correspondentes ao seu custo por faixa etária, ainda que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador.

11.2. As mensalidades serão pagas pelas CONTRATANTES até seus respectivos vencimentos, conforme acordado entre as partes, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 784, inciso III do Código de Processo Civil.

Parágrafo único. Nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98, bem como no caso de entes da administração pública direta ou indireta, as mensalidades serão de responsabilidade do beneficiário titular.

11.3. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas nos beneficiários inscritos pelas CONTRATANTES.

Parágrafo único. 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 de o 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. 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, permanecerão as CONTRATANTES responsáveis pelo pagamento das respectivas parcelas.

11.7. 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

11.8. Conforme definido na Proposta Comercial nº GMER_GV_0224-19, serão adotados os seguintes critérios para a formação do preço da mensalidade:

- a) Beneficiários titulares ativos: Será praticado preço único, determinado com base na tabela por faixa etária, observado, quando previsto, o desconto constante na proposta comercial para o número de beneficiários a serem inclusos no momento da contratação do plano, ou seja, na data da assinatura do contrato. O somatório da multiplicação da mensalidade pelo número de beneficiários em cada faixa etária da tabela constante da proposta comercial, dividido pelo número de beneficiários ativos totais do contrato, resultará no preço único da mensalidade;
- b) Beneficiários dependentes de titulares ativos: Será adotada a tabela de preços por faixa etária estabelecida na proposta comercial, observados os reajustes anuais praticados;
- c) Beneficiários titulares inativos e seus dependentes: Nos casos em que o beneficiário possua direito à manutenção do plano na condição de inativo e manifeste o interesse em sua continuidade, assumirá a responsabilidade pelo pagamento integral da mensalidade, com base na tabela de preços por faixa etária estabelecida na proposta comercial, observados os reajustes anuais praticados;
- d) Os beneficiários empregados da CONTRATANTE OAB-PR, contribuirão parcialmente para o custeio das mensalidades de seu plano privado de assistência à saúde com o valor de R\$1,00 (hum real). Em relação aos seus dependentes esta contribuição será integral, ou seja, responderão os beneficiários empregados por 100% (cem por cento) do valor das mensalidades destes;
- e) Os beneficiários empregados das CONTRATANTES OAB-PREV e CAIXA DE ASSISTENCIA DOS ADVOGADOS SEÇÃO DO PARANÁ, terão o valor das mensalidades do seu plano privado de assistência à saúde integralmente subsidiado por estas. Em relação aos seus dependentes esta contribuição será integral, ou seja, responderão os beneficiários empregados por 100% (cem por cento) do valor das mensalidades destes;



Parágrafo único: A cada reajuste praticado, obrigam-se as CONTRATANTES a comunicar formalmente à CONTRATADA toda e qualquer alteração na forma de participação do empregador no pagamento, conforme previsto na alínea "d" supracitada.



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - 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.



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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, 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:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - 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. As CONTRATANTES reconhecem que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.



Parágrafo único. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês

seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescentando-se os percentuais abaixo:

Faixas Etárias	%
00 – 18	0,00
19 – 23	17,0
24 – 28	20,0
29 – 33	10,0
34 – 38	08,0
39 – 43	15,0
44 – 48	29,0
49 – 53	26,0
54 – 58	39,0
> 59	38,0

13.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da mensalidade vigente na data do aniversário de cada beneficiário e não se confundem com o reajuste anual.

13.3. Os percentuais de variação de faixa etária foram estabelecidos 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. Não se aplica a variação por faixa etária na mensalidade dos beneficiários titulares com vínculo empregatício ativo, sendo que a tabela prevista no item 13.1 refere-se ao percentual de variação de faixa etária aplicável aos beneficiários dependentes de titulares com vínculo empregatício ativo, aos titulares com vínculo empregatício inativo e seus respectivos dependentes.

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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 pelas CONTRATANTES 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.





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 às CONTRATANTES 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.

15.3.5 Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, serão mantidos neste plano privado de assistência à saúde, respeitados os prazos de manutenção previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, bem como a RN 279/2011 da ANS, especialmente o art. 24 desta resolução.

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 das CONTRATANTES:

- 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



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 das CONTRATANTES 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.



XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Será excluído do presente contrato:



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

a) o beneficiário titular, quando perder o vínculo com as CONTRATANTES que lhe garante a condição de beneficiário do plano;

b) o beneficiário dependente perderá a condição que lhes assegurou o direito de inscrição e permanência no plano, quando:

b1 - o cônjuge/companheiro(a), na dissolução do casamento/união estável;

b1 - o(a) filho(a) ao completar 45 (quarenta e cinco) anos ;

b2 - o(a) enteado(a), ao completar 45 (quarenta e cinco) anos ;

b3 - o menor sob guarda ou tutela do beneficiário titular, do cônjuge ou do(a) companheiro(a) do titular, por força de decisão judicial, ao completar 18 anos;

c) o beneficiário, por solicitação das CONTRATANTES, mediante comunicação remetida à CONTRATADA;

d) o beneficiário, por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações, por parte das CONTRATANTES ou pelo beneficiário, observado, no que couber, o disposto neste contrato, bem como na legislação aplicável;

e) o beneficiário, quando houver a rescisão contratual, conforme prevê o tema XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO;

f) o beneficiário, a pedido do titular, observadas as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e

g) o beneficiário, por óbito, mediante comunicação remetida à CONTRATADA.

Parágrafo único. A exclusão do beneficiário titular, mesmo em caso de óbito, implicará na exclusão automática dos seus dependentes inscritos no plano, ressalvada a hipótese do art. 30, parágrafo terceiro, e art. 31, parágrafo segundo, da Lei 9.656/98.

16.2. As CONTRATANTES devem informar as exclusões à CONTRATADA, respeitadas as regras de movimentação estabelecidas no item 2.2 do Tema II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

XVII – RESCISÃO



www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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 das CONTRATANTES, 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. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se as CONTRATANTES 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 das CONTRATANTES, requerida antes do período de 12 (doze) meses, será cobrado o valor de 25% (vinte e cinco 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 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”





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

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:

Cnpj/Cpf	Nome Prestador	Município	UF
13518634000182	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	Alagoinhas	BA
13644877000167	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO	Alagoinhas	BA
14022735000120	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA.	Alagoinhas	BA
14736706000120	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	Camaçari	BA
33917568000120	CLINICA SANTA HELENA S/C LTDA	Camaçari	BA
34326108000190	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CAMACARI LTDA.	Camaçari	BA
14373815000120	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA	Candeias	BA
15170723000459	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL	Lauro de Freitas	BA
3376102000102	BAHIA SERVICOS DE SAUDE S/A	Salvador	BA
13016092000140	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	Salvador	BA
13534771000100	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTDA	Salvador	BA
13592423000190	PROFEMINA CLINICA GINECOLOGICA E OBSTETRICA LTDA - ME	Salvador	BA
13808803000119	PROMEDICA PATRIMONIAL S/A	Salvador	BA
15166416000151	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO	Salvador	BA
15194004000125	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	Salvador	BA
49791000144	HOSPITAL SANTA HELENA SA	Brasília	DF
610980000144	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	Brasília	DF
2572550000100	RA RADIOLOGIA LTDA	Brasília	DF
4868115000153	COTTA - CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE TAGUATINGA	Brasília	DF
6047087004126	REDE D OR SAO LUIZ S A	Brasília	DF
6047087004207	REDE DOR SAO LUIZ S A	Brasília	DF
10274528000102	LA FEMME GINECOLOGIA DE EXCELENCIA LTDA	Brasília	DF



12273890000194	INSTITUTO DO SONO DA ASA NORTE LTDA	Brasília	DF
13845429000121	ARTICULE - CENTRO MEDICO EM REUMATOLOGIA LTDA	Brasília	DF
18000366000126	UCI UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTEGRADA LTDA EPP	Brasília	DF
60884855002289	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Brasília	DF
72576143000157	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	Brasília	DF
92898550000600	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	Brasília	DF
436346000137	SERVICO DE ANESTESIOLOGIA CLINICA DO MARANHÃO LTDA	São Luís	MA
86771219000100	ORTOTRAUMA ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA DO MARANHÃO	São Luís	MA
21299615000130	FUNDACAO OURO BRANCO	Ouro Branco	MG
2284062000106	HOSPITAL ESPERANÇA	Recife	PE
9866294000103	CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN	Recife	PE
10839561000132	HOSPITAIS ASSOC. DE PERNAMBUCO LTDA (H. STA JOANA)	Recife	PE
10892164000124	REAL HOSPITAL PORTUGUES	Recife	PE
11452240000143	HOSPITAL JAYME DA FONTE	Recife	PE
70237144000141	HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ LTDA	Recife	PE
39086160000998	COI CLINICAS ONCOLOGICAS INTEGRADAS S/A	Niterói	RJ
60884855001207	IMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA.	Niterói	RJ
173618000153	DH - DAY HOSPITAL LTDA	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ
9578217000158	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	Rio de Janeiro	RJ
28602407000108	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	Rio de Janeiro	RJ
29435005005198	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	Rio de Janeiro	RJ
29435005005279	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	Rio de Janeiro	RJ
29435005005783	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	Rio de Janeiro	RJ
31635857000101	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
33419482000178	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33419482000259	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33501214000109	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ
33722224000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	Rio de Janeiro	RJ
33964776000180	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ
60884855001630	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Rio de Janeiro	RJ
73696718000219	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	Rio de Janeiro	RJ
86748076000204	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	Rio de Janeiro	RJ
88625686002443	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS AESC	Porto Alegre	RS
92685833000151	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS
11532370000196	DE PAULA & ALVES DE SOUSA SERVICOS MEDICOS LTDA	Barueri	SP
59042622000125	HOSPITALIS NUCLEO HOSPITALAR DE BARUERI LTDA	Barueri	SP
60840055001456	FLEURY S/A	Barueri	SP





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

61486650000183	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Barueri	SP
61486650005223	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Cotia	SP
61486650005657	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Guarulhos	SP
63899744000100	INSTITUTO TOMOGRAFICO DE GUARULHOS S C LTDA	Guarulhos	SP
56339211000108	HOSPITAL E MATERNIDADE NOVA VIDA LTDA	Itapevi	SP
3995758000103	INSTITUTO INTEGRADO DE ONCOLOGIA S/C LTDA	Mogi das Cruzes	SP
60840055015678	FLEURY S/A	Osasco	SP
6047087000724	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S A	Santo André	SP
57482903000173	HOSPITAL E MATERNIDADE DR CHRISTOVAO DA GAMA S A	Santo André	SP
61486650001155	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
61486650016853	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
6047087000805	REDE DOR SAO LUIZ S A	S Bernardo do Campo	SP
61486650007862	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	S Bernardo do Campo	SP
2162577000125	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000206	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000397	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000630	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000710	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000982	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001016	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001369	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001440	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001792	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
5867898000113	GENOA BIOTECNOLOGIA HUMANA LTDA	São Paulo	SP
7676046000174	CLINICA DE RADIONCOLOGIA DE SAO PAULO- EIRELI	São Paulo	SP
19803199000114	HOSPITAL LEFORTE SA	São Paulo	SP
21371777000132	HOSPITAL BANDEIRANTES SA	São Paulo	SP
24344124000152	HOSPITAL SAMARITANO DE SAO PAULO LTDA	São Paulo	SP
45796554000266	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554000347	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001076	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001157	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001238	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001408	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001580	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001661	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

45796554001742	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001823	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
50252998000190	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
50252998000513	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
50252998000602	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
51634822000165	CLINICA MEDICA ESTRELA S/S LTDA	São Paulo	SP
53588216000186	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
53588216000267	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
56822786000187	CDTE - CENTRO DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA ENDOSCOPICA LTD	São Paulo	SP
60453024000390	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	São Paulo	SP
60678604000113	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60678604000202	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60726502000126	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP
60765823000130	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823000644	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823000806	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823000997	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823001292	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823001705	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60777901000116	HOSPITAL SANTA PAULA LTDA	São Paulo	SP
60840055010285	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010447	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010790	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055011095	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014604	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014787	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014868	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014949	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015082	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015163	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019401	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019827	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055020400	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055036837	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60884855000316	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES SA	São Paulo	SP
60922168000771	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	São Paulo	SP
60961968000106	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP





www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba - PR

60975737000232	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737001204	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737005110	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60992427000650	BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
61213674000240	FUNDACAO JOSE LUIZ EGYDIO SETUBAL	São Paulo	SP
61486650000507	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650000698	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001317	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001406	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001589	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001902	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650002046	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650003441	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650006386	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650007609	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650008168	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650015610	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650016772	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650018716	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650019011	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650021342	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61590410000124	SOC.BENEF.DE SENH.HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP
61699567000192	SPDM – ASSOC. PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	São Paulo	SP
62106505000192	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA	São Paulo	SP
96522842000182	CENTRO MEDICO SINGAL LTDA	São Paulo	SP

Parágrafo único. A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre consultada a 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 **GMER_GV_0224-2019**, a Declaração de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e a planilha de movimentação cadastral.

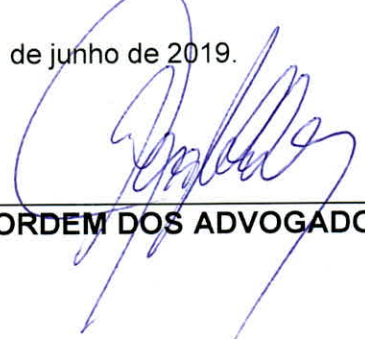
Parágrafo Único. É de responsabilidade das CONTRATANTES a distribuição do Guia de Leitura Contratual a todos os beneficiários titulares vinculados ao presente contrato.

TEMA XIX - Eleição do Foro

19.1 Fica eleito o foro do domicílio das CONTRATANTES, 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 junho de 2019.



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – SEÇÃO DO PARANÁ

FUNDO DE PENSÃO MULTIPATROCINADO DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL SEÇÃO DO PARANÁ E DA CAIXA



CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS SEÇÃO PARANÁ

Dr. Alexandre Gustavo Bley
Diretor de Mercado e Comunicação
Unimed Paraná

Dr. Paulo Roberto Fernandes Faria
Diretor Presidente
Unimed Paraná

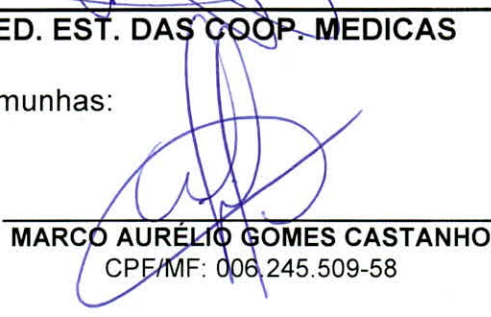


UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FED. EST. DAS COOP. MEDICAS

Testemunhas:



EVANDRO LUCAS DE BARROS
CPF/MF: 017.632.999-45



MARCO AURÉLIO GOMES CASTANHO
CPF/MF: 006.245.509-58

