

**Registro** ANS: 312720 C.N.P.J: 78.339.439/0001-30  
**Razão Social:** UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERAÇÃO EST. DAS  
COOP. MÉDICAS.

**Minuta Contrato Plano Unimed Cop Especial Mater Adesão**  
**Contratação:** Coletivo por Adesão  
**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 por seus Diretores, a seguir chamada CONTRATADA.

**b) Qualificação da contratante**

SINDICATO DOS ENGENHEIROS NO ESTADO DO PARANÁ, com sede em Curitiba, Estado do Paraná, na Rua Marechal Deodoro, 630 – Conj 2201 – Centro – CEP 80.010-912, inscrita no CNPJ/MF sob nº 76.684.828/0001-78, neste ato representada por seu Diretor

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

NOME COMERCIAL: Unimed Cop Especial Mater Adesão  
Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 458.499/08-6

**d) Tipo de contratação**

COLETIVO POR ADESÃO

**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 ESTADUAL.

**g) Área de atuação do plano de saúde**

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

Estado do Paraná.

**h) Padrão de acomodação em internação**

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 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, 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 instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

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

**TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

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

a) não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;

b) apresentar à CONTRATADA, o contrato social com a última alteração, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo por adesão, nos termos do art. 9º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, bem como os documentos que comprovem o vínculo do titular com a CONTRATANTE;

c) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 30 (trinta) beneficiários;

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

d1) Contrato e Proposta de Contratação;

d2) Formulário de Cadastro, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE;

d3) Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);

d4) Declaração de opção de CPT (quando for o caso).

Parágrafo Único. A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através do Formulário Cadastral, podendo suspender, incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

2.2. - São considerados beneficiários titulares do plano de saúde os sócios, os diretores e as pessoas vinculadas à CONTRATANTE, pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, sem vínculo empregatício com a CONTRATANTE, segundo opções preenchidas pelos interessados nos formulários cadastrais, sendo que é destinado a consumidores e seus dependentes que tenham vínculo com a pessoa jurídica CONTRATANTE **diferente da relação trabalhista**, conforme definido no art.9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo do titular com o(a) CONTRATANTE.

Parágrafo Segundo. Fica estabelecido entre as partes que é vedada a inclusão de empregados da CONTRATANTE. Caso a CONTRATANTE tenha interesse, poderá contratar PLANO COLETIVO EMPRESARIAL para os seus empregados.

São considerados beneficiários dependentes do titular:

a) o cônjuge;

b) os filhos solteiros até 34 anos, 11 meses e 29 dias;

c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial solteiro até 24 anos incompletos;

d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;

e) os filhos incapazes;

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

f) netos com até 21 anos de idade, sob guarda do beneficiário titular ou filho (a) de dependente inscrito no plano.

2.2.1. 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 dias após o nascimento ou adoção;
- b) o consumidor tenha direito à cobertura do parto pela CONTRATADA e tenha cumprido a carência.

2.2.2. Também 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, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção e apresentado o respectivo termo.

2.2.3. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar a condição de dependência.

2.2.4. A CONTRATANTE não incluirá na relação de beneficiários a serem inscritos no plano aqueles que eventualmente estejam afastados do trabalho por motivo de doença ou acidente de trabalho até a respectiva alta definitiva ao trabalho.

2.2.5. É de responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cartão Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, outros.

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

### TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA, que o estabeleça, vigente à época do evento, **realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, **observando-se sempre, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde**

**Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação ora contratada, conforme especificado abaixo:**

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

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

3.1.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no ROL de PROCEDIMENTOS e EVENTOS EM SAÚDE vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

3.1.4. Cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no ROL de PROCEDIMENTOS e EVENTOS EM SAÚDE vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

3.1.5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

3.1.6. Cobertura de tratamento para obesidade mórbida, realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial; excepcionalmente, em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

3.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, desde que previstos no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

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

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

c) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos da Resolução que o estabeleça, vigente à época do evento, para o segmento ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam descritos no Rol de Procedimentos da Resolução que o estabeleça, vigente à época do evento;

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) 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, com:

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

b) Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

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 indisponibilidade de leito hospitalar, nos estabelecimentos credenciados;

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 um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos e a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;

3.1.12. Cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente, incluindo alimentação, conforme dieta geral do hospital;

3.1.13. Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento, caso haja indicação clínica;

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

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 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 da ANS** que o estabeleça, vigente à época do evento:

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

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

c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos **previstos no Rol de Procedimentos** da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento, para os segmentos ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;

e) nutrição parenteral ou enteral, **quando em internamento hospitalar coberto;**

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;

g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;

h) radiologia intervencionista **previstas no Rol de Procedimentos** da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;**

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, **exceto fornecimento de medicação de manutenção;**

3.1.18. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

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

3.1.20. Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

3.1.21. Cobertura **em prestador credenciado** da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

3.1.22. Cobertura de transplante de medula autólogo;

3.1.23. Cobertura dos transplantes de Rins e Córneas estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção, bem como as despesas com os procedimentos vinculados (aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação, **ficando claro que não haverá cobertura cobertura contratual para medicamentos de manutenção fora do internamento;**

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção;



d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

3.1.24.1 Nível Ambulatorial:

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

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

c) tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, solicitados pelo médico assistente;

3.1.24.2. Nível Hospitalar, fica garantido o tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, conforme condições abaixo.

Parágrafo único - As internações de beneficiários portadores de transtornos mentais, estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias, não há co-participação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); e
- c) acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

**3.1.25. Internações para os beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização, estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:**

- a) de um a quinze dias, não há co-participação;
- b) de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento);
- c) de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e
- d) acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

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

**3.1.26. Cobertura dos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas;**

**3.1.27. Cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, a critério do médico assistente;**

**3.1.28. Para os diagnósticos F00 a F09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), F70 a F79 (Retardo mental) e F90 a F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência), relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia poderá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano, a critério do médico assistente.**

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

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

3.1.31. Cobertura dos atendimentos médicos nos casos de planejamento familiar, incluindo: atividades educacionais, consultas de aconselhamento para planejamento familiar; implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

3.1.32 Reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, em casos exclusivos de urgência e emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA, nos mesmos valores praticados pela CONTRATADA para remunerar serviços médicos e hospitalares executados pelos seus prestadores CREDENCIADOS, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada.

#### TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Estão excluídos da cobertura deste contrato os procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS VIGENTE à época do evento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cuja listagem pode ser visualizada no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou na sede da CONTRATADA.

4.2. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, 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: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- b) procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar

função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

- c) inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).
- f) tratamentos clínicos de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- g) fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- h) fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- i) fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- k) casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

- l) transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e autólogos listados no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento;
- m) consultas e demais atendimentos domiciliares;
- n) quaisquer tratamentos odontológicos que necessitem de ambiente hospitalar, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos da Resolução da ANS que o estabeleça, vigente à época do evento, e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- o) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- p) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA;
- q) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- s) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinárias, sejam realizadas pelo usuário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.

#### TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

Parágrafo Terceiro. 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 assinatura da proposta de adesão dos mesmos.

Parágrafo Quinto. Após a primeira vigência do contrato se dará a renovação automática por prazo indeterminado, caso o CONTRATANTE não se manifeste dentro do prazo de dez (10) dias anteriores ao vencimento.

## TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

### 6.1 Premissas:

a) serão isentos do cumprimento de carência os beneficiários já devidamente vinculados à pessoa jurídica de sua representação e cuja solicitação de inscrição à CONTRATADA ocorra até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração deste contrato;

b) a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da celebração deste contrato, a inclusão de beneficiários devidamente vinculados à CONTRATADA, em período anterior, implicará em sua inscrição com o cumprimento das carências normais definidas neste contrato;

c) para os novos beneficiários que vierem a se vincular à pessoa jurídica de sua representação após os 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, cuja solicitação de inclusão na CONTRATADA ocorra até 30 (trinta) dias a contar da data de cada aniversário deste contrato, há isenção do cumprimento de carências; e

6.2. Excetuando-se os períodos citados nas alíneas anteriores e no curso de vigência deste contrato, caberá a todos os novos beneficiários inclusos o cumprimento de carência, conforme descrito abaixo:

a) Urgência e Emergência - 24 horas, observadas as limitações de cobertura quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas na cláusula específica de urgência e emergência, adiante mencionada.

b) Consultas médicas - 30 dias.

c) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultra-sonografia - 30 dias.

d) Fisioterapias - 90 dias.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

e) Demais coberturas - 180 dias.

f) Parto a termo – 300 dias.

## TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

7.1.1 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.

7.2 Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

Parágrafo Primeiro: 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 Segundo: 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

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

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

7.4 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que

possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo. 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.

**7.4.1 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.

**7.4.2 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, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

**7.5** 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](http://www.ans.gov.br) ou na sede da CONTRATADA.

**7.6** Não haverá 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.

**7.6.1** 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, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

**7.7** 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.

**7.8** 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 em cumprir a Cobertura Parcial Temporária.

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

7.8.2 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.

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

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

7.8.4 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.

7.8.5 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.

## TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### 8.1 Das Definições:

I - URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - EMERGÊNCIA, definidos como os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**8.2.** A cobertura dos procedimentos de urgência e emergência que implicarem em risco imediato de morte ou lesões irreparáveis para o usuário, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional é assegurada, nos limites abaixo descritos, para todos os procedimentos, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do dependente no plano, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.

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

Parágrafo segundo: Quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do BENEFICIÁRIO TITULAR, não cabendo ônus à operadora.

### 8.3 DA REMOÇÃO

8.3.1 A CONTRATADA garante a cobertura da remoção 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 para o(a) CONTRATANTE.**

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

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

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

#### 8.4 DO REEMBOLSO

8.4.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes de 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 vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS. O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano, contado da data do evento, para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

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

Pape proveniente de reforestamento.

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

**Parágrafo Segundo:** O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA.

8.4.2. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento coberto realizado enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência.

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

#### TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 **NÃO SE APLICA** a livre escolha de prestadores, o beneficiário deve utilizar prestadores credenciados da CONTRATADA.

#### TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 A CONTRATADA fornecerá, aos beneficiários inscritos no plano, o cartão individual de identificação contendo o código do cartão, com prazo de validade, 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 resilição deste contrato, é obrigação da CONTRATANTE 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, a CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente a CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via do cartão é de R\$ 5.00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

10.2 Os serviços contratados são 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 seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médico plantonista;

b) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: são 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 e com autorização prévia da CONTRATADA, a qual liberará a guia no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir da devida solicitação à CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência, conforme definidas neste contrato);

c) Os exames complementares e serviços auxiliares: são realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed e com autorização prévia da CONTRATADA a qual liberará a guia no prazo máximo de 01 (um) dia útil a partir da devida solicitação à CONTRATADA.

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

**Parágrafo Segundo.** 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 Terceiro.** Os serviços ora contratados são prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico através do site [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br) sendo obrigatória o fornecimento do código do cartão no citado site. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site", sendo expressamente excluídos a cobertura nos prestadores discriminados na Cláusula Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed.

**Parágrafo Quarto.** Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9656/98, com comunicação prévia e autorização da ANS.

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

10.4 A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências, ficando garantido no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da resolução do CONSU n.º 08.

10.5 A Contratada garante a liberação de procedimento coberto solicitado por médico assistente não cooperado ou cirurgião-dentista, o qual será obrigatoriamente realizado na REDE CREDENCIADA da CONTRATADA.

**10.6 DA CO-PARTICIPAÇÃO:** É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos e nas condições abaixo.

**10.6.1** Na internação psiquiátrica de beneficiários portadores de transtornos mentais, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante co-participação e não haverá a limitação de valor máximo da referida co-participação, conforme abaixo:

- a) de um a trinta dias, não há co-participação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); e
- c) acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

**10.6.2** Nas Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização, estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias, não há co-participação;
- b) de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento);
- c) de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e
- d) acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

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

10.6.3 FICA ESTABELECIDADA A CO-PARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO LISTADOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 50,00 (CINQUENTA REAIS) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA.

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

#### 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, conforme tabela de preços abaixo, a qual será reajustada anualmente, sendo que a CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA até o respectivo vencimento, as mensalidades de seus beneficiários inscritos neste contrato, acrescidos dos eventuais valores cobrados a título de co-participação.

Parágrafo único: A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária (mensalidade + co-participação) será da CONTRATANTE.

#### Produto 458.499.086:

#### Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia – Apartamento

Fx. Etária	Somente o Titular	Titular mais 1 Dependente (por pessoa)	Titular mais 2 Dependentes (por pessoa)	Acima de 3 Dependentes (por pessoa)
0-18	104,83	94,35	83,87	73,39
19-23	120,08	108,07	96,06	84,06
24-28	149,40	134,45	119,52	104,58
29-33	163,16	146,85	130,53	114,22
34-38	176,56	158,91	141,25	123,60
39-43	202,70	182,43	162,17	141,89
44-48	234,71	211,23	187,77	164,29
49-53	290,30	261,27	232,24	203,21
54-58	367,49	330,74	293,99	257,24
>59	524,73	472,26	419,79	367,32

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

**Parágrafo Segundo:** As mensalidades e as co-participações, previstas na cláusula 'Mecanismos de Regulação', incluindo as devidas nas hipóteses de internamento psiquiátrico e internações para tratamento de dependência química serão pagas pela CONTRATANTE, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

**Parágrafo Terceiro:** Havendo inclusão ou exclusão de beneficiários dependentes, os valores das mensalidades *per capita* serão reajustados automaticamente no mês seguinte a movimentação, concedendo-se ou retirando-se o desconto.

**Parágrafo Quarto:** 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.

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

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

11.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

11.5. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de co-participação (quando devidos), a CONTRATANTE poderá solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

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



## TEMA XII – REAJUSTE

12.1. Nos termos da lei, os valores das mensalidades e do teto máximo de co-participação, serão reajustados anualmente, com base em cálculo atuarial, que poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados.

§1º O cálculo dos reajustes obedecerá a seguinte fórmula:

REAJUSTE = [VARIAÇÃO NO PERÍODO DOS ÚLTIMOS DOZE MESES DAS: (DESPESAS MÉDICAS E/OU HOSPITALARES X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS COM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO) + (DESPESAS ADMINISTRATIVAS X RESPECTIVOS PESOS NO CUSTO)] + A DIFERENÇA (PONTOS PERCENTUAIS) ENTRE O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE APURADO PELA MÉDIA DE UTILIZAÇÃO DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EQUIVALENTES AO ORA CONTRATADO E O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE IDEAL, PACTUADO EM 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO).

§2º Compõem as despesas médicas e/ou hospitalares:

- a) Honorários, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- c) Diárias e taxas hospitalares;
- d) Materiais e medicamentos.

§3º Compõem as despesas administrativas:

- a) Salários;
- b) Outras despesas não especificadas.

12.2. Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (índice geral de preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

12.3. Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos beneficiários, terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato.

Parágrafo único. Os reajustes subseqüentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste capítulo.

12.4. Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata.

12.5. A CONTRATADA comunicará a ANS todos os reajustes levados a efeito no presente contrato.

12.6 Fica estabelecido que o valor de teto máximo de co-participação pode ser reajustado anualmente no mesmo percentual de reajuste da mensalidade.

### TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada, automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, sendo que no momento da adesão ao plano o valor da última faixa etária não será superior a seis vezes o valor da primeira, conforme os percentuais abaixo:

Faixas Etárias	Variações por faixa
00 - 18 anos	0%
19 - 23 anos	14,14%
24 - 28 anos	23,82%
29 - 33 anos	9,03%
34 - 38 anos	8,06%
39 - 43 anos	14,56%
44 - 48 anos	15,56%
49 - 53 anos	23,39%
54 - 58 anos	26,32%
59 anos ou mais	42,44%

Parágrafo único: Fica estabelecido que a variação percentual acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não será superior a variação percentual acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária.

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

13.3. No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.

#### TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTO

Não se aplica.

#### TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1. Em caso de cancelamento deste contrato, a CONTRATADA disponibilizará para os beneficiários (titulares e dependentes) inscritos, um plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, descontadas as carências já cumpridas neste contrato. Considera-se na contagem de prazos de carências, o tempo de permanência dos beneficiários no plano cancelado.

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

Parágrafo Segundo. É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários o cancelamento deste contrato e do benefício disposto nesta cláusula, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

#### TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Será excluído do contrato o beneficiário titular, juntamente com seus dependentes, quando:

- a) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- c) por fraude ou quando permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- d) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme cláusula 'Condições de Admissão';
- e) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com a CONTRATANTE;
- f) o contrato for rescindido, conforme prevê a cláusula 'Suspensão ou Rescisão Contratual'.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos

beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

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

## TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

17.2 Antes do término de vigência do contrato, é facultado à CONTRATANTE denunciá-lo, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa contratual pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

§1º - O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pela CONTRATANTE, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

§2º - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

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

17.4. O presente contrato rescindir-se-á, também:

- a) se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) por iniciativa de qualquer das partes por escrito, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias - não se admitindo novas inclusões e exclusões neste período;
- c) se não for mantido o número mínimo de beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo:

Parágrafo primeiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a

CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

d) se ocorrer atraso do pagamento das mensalidades superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato;

e) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE, ou pelo beneficiário identificado na cláusula 'Condições de Admissão'.

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

## TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 É parte integrante deste contrato a Declaração de Saúde, Guia de Leitura Contratual – GLC e Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.

**18.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA REDE CREDENCIADA VINCULADA AO PRESENTE CONTRATO, OS SEGUINTE PRESTADORES:**

- Brasília (DF): Hospital Santa Lúcia;
- Guarulhos (SP): Hospital Carlos Chagas S/A;
- Porto Alegre (RS): Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus;
- Recife (PE): Centro Hospital Albert Sabin, Hospital Memorial São José, Hospital Santa Joana, Hospital Esperança e Hospital Real Português, HOPE Hospital de Olhos de Pernambuco;
- Rio de Janeiro (RJ): Casa de Saúde Laranjeiras, Casa de Saúde São José, Clínica Bambina, Clínica Pediátrica da Barra, DH-DAY Hospital, Hospital Barra D'Or Medise, Hospital Integrado Gávea, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., IGASE Hospital São Lucas, Instituto Minnesota (Vila Serena), Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico, Protocor Pronto Socorro, Clínica Cardiológica, Hospital Quinta D'Or, Hospital Copa D'Or, Hospital Samaritano, Casa de Saúde Santa Lucia, Sociedade Beneficente Israelita do RJ;

- Salvador (BA): Clínica Infantil de Urgência Ltda - PROBABY, Fundação José Silveira - Hospital Santo Amaro, Hospital Aliança, Hospital CPI (Pediátrico), Hospital Espanhol, Hospital Português, Hospital Salvador, Monte Tabor - Centro Italo-Brasileiro de Promoção Sanitária - Hospital e Hospital Santa Mônica, Brasil Memorial S/A, Centro Ítalo de Prom. Sanit. Hospital São Rafael;
- São Bernardo do Campo (SP): Hospital e Maternidade Assunção S/A, Hospital Príncipe Humberto S/A e Neomater S/C Ltda.
- São José do Rio Preto (SP): Sociedade Portuguesa de Beneficência;
- São Paulo (SP): Hospital Beneficência Portuguesa, Fundação Antônio Prudente - Hospital A.C. Camargo, Hospital Anchieta, Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., Hospital e Maternidade São Luiz, Hospital Santa Catarina, Hospital Sírio Libanês, Hospital Albert Einstein, Hospital Nove de Julho S.A, Incor - Instituto do Coração, Pronto Socorro Infantil Sabara S.A, Pro-Matre Paulista S.A., Fundação Adib Jatene (Dante Pazzanese), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos (Gastroclínica), Hospital Samaritano e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Isabel), Hospital Cidade Jardim Ltda, Sociedade Beneficente São Camilo - Pompéia;
- Sobral (CE): Santa Casa Misericórdia de Sobral;
- Manaus (AM): Hospital Santa Julia Ltda;
- Porto Velho (RO): CEOF - Centro Especializado em Oftalmologia.

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

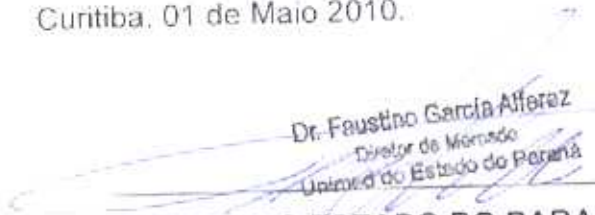
18.4 A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.


**Tema XIX - Eleição do Foro**

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

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

Curitiba, 01 de Maio 2010.


  
Dr. Faustino Garcia Alferez  
Diretor de Mercado  
Unimed do Estado do Paraná

  
Dr. Robertson D'Agnozzzo  
Diretor Vice Presidente  
Unimed do Estado do Paraná

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS  
COOPERATIVAS MÉDICAS

  
SINDICATO DOS ENGENHEIROS DO ESTADO DO PARANÁ

TESTEMUNHAS:

  
Evandro Lucas de Barros  
RG.: 6.211.237/ PR

  
Jose Gouvêa  
RG.: 862.9087 PR