

ÍNDICE

A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA.....	2
B - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE.....	2
C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	2
D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	2
E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....	2
F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	2
G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE	2
H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO	3
I – FORMAÇÃO DO PREÇO	3
J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....	3
TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	3
TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	5
TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA	12
TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO	14
TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA	15
TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	16
TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	20
TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO	20
TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	23
TEMA XII – REAJUSTES	23
TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS	24
TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS.....	25
TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.....	25
TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	25
TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO	26
TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	26
TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO	36

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.**A - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

UNIMED REGIONAL MARINGÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, sediada em Maringá, à Avenida Tiradentes, nº 1008 – fone (044) 3221-2727 – CEP 87013-260 – Maringá – Pr., inscrita no C. N. P. J sob nº 76.767.219/0001-82, Registro na ANS nº 371254, classificada na ANS como Cooperativa Médica, neste ato representada pelo Diretor Presidente, a seguir chamada CONTRATADA.

B - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

NOME FANTASIA: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

ENDEREÇO: EST OSWALDO MORAES CORREA 1000 LOTES 03 E 05

BAIRRO: ZONA 41

CIDADE: MARINGÁ

ESTADO: PR

CEP: 87.065-590

FONE: (44) 3221-3127

C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

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

NOME COMERCIAL DO PLANO: ADESÃO/AMB/HOSP/COM OBSTR/COM PART/ENFERMARIA

NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: 467024128

D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

COLETIVO POR ADESÃO

E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL DO PLANO DE SAÚDE

AMBULATORIAL + HOSPITALAR / COM OBSTETRÍCIA

F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

Estadual.

G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

Estado do Paraná.

Parágrafo Único – Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Estadual), ainda que se trate de situação de urgência ou emergência, não estão cobertos.

H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

COLETIVO.

I – FORMAÇÃO DO PREÇO

Pré-estabelecido.

J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

NÃO SE APLICA.

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

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

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

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

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

a) apresentar à CONTRATADA, o 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 e a relação dos funcionários juntamente com os documentos que comprovem

o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 9º, incisos e parágrafos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações, conforme abaixo:

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

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

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

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

Parágrafo segundo – caberá à CONTRATADA exigir e comprovar a legitimidade da CONTRATANTE e a condição de elegibilidade do beneficiário.

2.4 É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

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

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

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

2.6 Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE fornecerá, em documento próprio, fornecido pela CONTRATADA, a relação dos beneficiários a serem inscritos,

sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

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

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

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

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

TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 **A CONTRATADA assegurará**, aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como **os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, vigente à época do evento, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, **observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados na Cláusula XVIII, bem como, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação e área de abrangência do plano contratado**, assegurada independentemente do local de origem do evento, **conforme especificado abaixo**:

3.2 COBERTURA AMBULATORIAL

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

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgia-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.
- c) a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.2.2 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- f) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial.

3.2.3 No tratamento de transtornos psiquiátricos:

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

3.1.4. Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, **limitadas a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual**, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO I** da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;

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

3.1.5. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, **limitadas a 12 (doze) consultas ou sessões por ano contratual**, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO I** da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;

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

3.1.6. Cobertura de consulta e sessões com terapeuta ocupacional, **limitadas a 40 (quarenta) consultas ou sessões por ano contratual**, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO I** da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;

3.1.7. Cobertura de psicoterapia, **limitadas a 40 (quarenta) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO I** da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;

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

3.2.9 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intra-uterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

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

3.3 COBERTURA HOSPITALAR

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

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

3.3.3 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009.

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Único: Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior à contratada, ou fizer qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

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

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

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

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

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

3.3.15 Fornecimento de medicamentos **nacionais** e materiais, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

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

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

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

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

c) acima de sessenta dias, co-participação de 50%.

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

Parágrafo único - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde), esta cobertura poderá ser estendida a cento e oitenta dias por ano, não cumulativos, a critério do médico assistente.

3.3.19 Custeio integral de 30 dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização.

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

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

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

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

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

§1º - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma

das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

§2º - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

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

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

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

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

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

3.3.25 Cobertura para a remoção do paciente, solicitada pelo médico assistente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica.

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

3.4 COBERTURA OBSTÉTRICA

3.4.1 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

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

- 3.4.3 Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- 3.4.4 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta (30) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença e/ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporário ou agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo. Após o prazo de 30 dias a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido ou adotado no contrato.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- a) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país; ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO; ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso off-label);**
- b) **procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- c) **inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- d) **tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- e) **tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).**

- f) **tratamentos em clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- g) **fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;**
- h) **fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios);**
- i) **fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- j) **tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- k) **casos de cataclismo, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- l) **transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e autólogos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;**
- m) **consultas e demais atendimentos domiciliares;**
- n) **quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 (e suas atualizações) e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;**
- o) **todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 211/10 e suas atualizações;**

- p) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- q) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA com seus prestadores credenciados;
- r) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- s) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, sejam realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.
- t) Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia, exceto cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) com cobertura obrigatória em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01(um) ano com miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau de até - 4,0 ou hipermetropia até 6,0 grau, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0, com a refração medida através de cilindro negativo.

Parágrafo Único – Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Estadual), ainda que se trate de situação de urgência ou emergência, não estão 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.

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

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura de casos de urgência e emergência;
- b) **30 (trinta) dias** para consultas e exames de patologia clínica;
- c) **90 (noventa) dias** para procedimentos de reabilitação física, acupuntura, fisioterapia e outros exames, exceto os relacionados na letra “d”, abaixo;
- d) **180 (cento e oitenta) dias** para procedimentos clínicos e cirúrgicos, seja em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia Intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, e psicoterapia de crise.
- e) **300 (trezentos) dias** para parto a termo.

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

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

Parágrafo terceiro – para os novos beneficiários, que vierem a se vincular à pessoa jurídica CONTRATANTE depois de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato, somente haverá isenção do cumprimento de carência se sua inscrição ocorrer no período de 30 (trinta) dias contados da data de cada aniversário do contrato;

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

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 O usuário titular está obrigado, por ocasião da inscrição, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

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

- a) sem a assistência de médico;
- b) com a assistência de um médico da CONTRATADA, sem nenhum ônus para o usuário;
- c) com assistência de um médico de sua indicação, **assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.**

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo primeiro: Após decisão da ANS favorável à CONTRATADA, os envolvidos serão excluídos por fraude, nos termos da lei 9656/98 e resoluções pertinentes, bem como, poderá a CONTRATADA efetuar a cobrança das despesas com a assistência médico-hospitalar e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva notificação da identificação da omissão de informação.

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

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

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

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

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

Parágrafo Primeiro – estando o beneficiário em carência contratual para o segmento hospitalar, o atendimento de urgência e emergência terá tão somente a cobertura do segmento ambulatorial e será limitado às primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

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

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

8.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano.

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

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

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

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

8.10 O presente contrato garante o reembolso das despesas com procedimentos caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do

contrato e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados, conforme valores das tabelas de referências da Unimed contratada.

Parágrafo Único – Os atendimentos realizados fora da área de abrangência geográfica do contrato (Estadual), ainda que se trate de situação de urgência ou emergência, não estão cobertos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos nos itens "a" e "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de morte, o (a) beneficiário, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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

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

TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Não se aplica a este contrato.

TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.12 Fica garantida no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico da operadora e por um terceiro,

escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da resolução 08 do CONSU, tendo como base os protocolos oficiais e medicina baseada em evidências.

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

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

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

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

10.17 FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA) (CONSTA NA PROPOSTA COMERCIAL) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO DESCRITOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 88,50 (OITENTA E OITO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) (CONSTA NA PROPOSTA COMERCIAL) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:

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

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

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**11.1 PRÉ-ESTABELECIDO.**

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

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

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

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

11.6 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).

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

TEMA XII – REAJUSTES

12.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados a disposição dos usuários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim qualquer alteração destes itens ensejará novos valores.

12.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades será reajustado anualmente, observado o princípio da livre negociação, com base em cálculo atuarial, que além dos fatores citados no item anterior, poderá ser revisto se houver aumento da sinistralidade, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento

comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro do produto registrado na ANS.

12.3 O nível de sinistralidade da carteira terá por base 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 considerada como o mês de assinatura do Contrato.

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

12.5 Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos dos itens anteriores, provisoriamente 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, desde que não infrinja norma legal.

12.6 Fica estabelecido, que os valores relativos a inclusões de novos usuários, 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.

12.7 Fica definido que os reajustes das mensalidades somente ocorrerão uma vez a cada 12 (doze) meses, contados da assinatura do contrato, conforme regra de livre negociação quanto ao índice de reajuste (atualmente praticada entre as partes), ressalvados os reajustes por mudança de faixa etária que em hipótese alguma se confundem com o reajuste anual das mensalidades do contrato;

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

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

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

a) 00 a 18 anos de idade	0 %
b) 19 a 23 anos de idade	23,00 %
c) 24 a 28 anos de idade	23,99 %
d) 29 a 33 anos de idade	2,87 %
e) 34 a 38 anos de idade	3,72 %

f) 39 a 43 anos de idade	16,28 %
g) 44 a 48 anos de idade	12,65 %
h) 49 a 53 anos de idade	28,96 %
i) 54 a 58 anos de idade	33,20 %
j) > 59 anos de idade	23,99 %

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

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

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

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

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

TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS

14.1 Para o presente contrato coletivo, em razão da primeira massa de beneficiários inscritos, foi concedido o desconto de 27% sobre o valor das mensalidades, cujos valores, já observado o desconto mencionado, constam na Proposta Comercial:

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

Não se aplica a este contrato.

TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

16.2 Será excluído do contrato, sem anuência da contratante, mediante prévia notificação, o titular que perder o vínculo com a CONTRATANTE ou que vier à óbito.

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

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

- a) A morte do titular;
- b) Deixar de ser cônjuge do beneficiário titular;
- c) Filhos (as) solteiros (as) ao completarem 18 anos;
- d) Filhos e filhas, solteiro (as), até 28 anos quando não comprovarem que estão cursando ensino superior;
- e) Filhos e filhas, solteiros, inválidos que não comprovarem dependência pelo INSS;
- f) O convivente que não comprovar união estável na forma da lei;
- g) Por fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;
- h) Utilizar indevidamente o cartão individual de identificação, assim entendido também a sua utilização por terceiros;
- i) Por omitir ou distorcer informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias e exames.

TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO

17.1 Somente será rescindido imotivadamente o contrato após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da CONTRATANTE com antecedência mínima de 60 dias.

17.2 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente.

TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 REDE PRESTADORA DE SERVIÇO. A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico www.unimedmaringa.com.br, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, os quais não fazem parte da rede credenciada neste plano contratado. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site" vinculados ao presente produto. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no "site" o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à Contratada.

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

UF	Unimed Contratante	CNPJ	Prestador
AP	UNIMED MACAPÁ	60975737000909	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	2989485000113	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA
BA	UNIMED SALVADOR	3376102000102	BAHIA SERVIÇOS DE SAÚDE S/A
BA	UNIMED SALVADOR	4298699000250	COOP. DE SERVIÇOS E REC. P. MED.DO SIST
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	4602792000125	HOSPITAL AEROPORTO LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5261406000141	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5469172000122	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	5512809000116	HOSPITAL SALVADOR SERVICOS DE SAUDE LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	7452277000102	LEITE ORNELAS SERVICOS DE SAUDE LTDA
BA	UNIMED ILHÉUS	7947587000190	HOSPITAL DE ILHEUS LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	8147477000106	HOSPITAL AGNUS DEI
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	9367238000124	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	11465823000109	SAMH SERVICOS DE ASSISTENCIA MEDICO HO
BA	UNIMED SALVADOR	13016092000140	HOSPITAL ALIANÇA S/A
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13016092000140	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA
BA		15175839000138	FUND. COLOMBO SPINOLA – HOSPITAL SANTA LUZIA

BA			HOSPITAL SANTA ISABEL
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13518634000182	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13534771000100	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD
BA			INSBOT
BA			FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13644877000167	CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	13808803000119	PROMEDICA PATRIMONIAL SA
BA	UNIMED SALVADOR	13869201000171	AMECA ATENDIMENTO MÉDICOS DE CATU LTDA
BA	UNIMED SALVADOR	13926639000144	MONTE TABOR CEN ITALO BRASILEIRO DE PROM
BA			HOSPITAL CPI (PEDIÁTRICO)
BA	UNIMED SALVADOR	13952064000134	INSTITUTO CARDIO PULMONAR DA BAHIA LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	14022735000120	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA
BA	UNIMED ITABUNA	14349740000142	SANTA C DE M ITABUNA
BA	UNIMED SALVADOR	14373815000120	HOSPITAL DA CLIMA MARIA ALBANO LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	14736706000120	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL
BA	UNIMED SALVADOR	15113103000135	REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICIENCI
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15140254000182	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	15153745000249	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA
BA	UNIMED SALVADOR	15170723000106	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INF
BA	UNIMED SALVADOR	15171093000194	HOSPITAL EVANGÉLICO DA BAHIA
BA			HOSPITAL JORGE VALENTE

BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	151940040001 25	FUNDAÇÃO JOSE SILVEIRA
BA	UNIMED SALVADOR	151940040001 25	FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA
BA			HOSPITAL PORTUGUÊS
BA			HOSPITAL SÃO RAFAEL
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	152336460014 00	CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS HOSP. IMAC. CONCEIÇÃO
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	339175680001 20	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	343261080001 90	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	343261400001 76	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE
BA	UNIMED SALVADOR	421755390002 02	SÔNIA E ARLINDO CONSULTÓRIOS MÉDICOS S/C
BA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	973978480001 38	HOSPITAL JAAR ANDRADE
CE	CENTRAL NACIONAL UNIMED	412952880001 56	HOSPITAL MONTE KLINIKUM SS LTDA
DF	CENTRAL NACIONAL UNIMED	186936700010 9	INSTITUTO MEDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA
DF	CENTRAL NACIONAL UNIMED	616068800015 3	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO
DF	UNIMED BRASÍLIA	506440530010 04	FUNDAÇÃO ZERBINI
DF			HOSPITAL ANCHIETA
DF			HOSPITAL SANTA LÚCIA S/A
DF			HOSPITAL SANTA LUZIA
MA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	606258000136	CENTRO MEDICO DE CAXIAS LTDA

MA			UDI – HOSP – EMP MÉDICOS E HOSPITALARES
MA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	110062930001 30	HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA
MG			HOSPITAL MATER DEI – BELO HORIZONTE
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	611689000190	INST DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFA
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	833656350001 10	HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE LTDA
PA			HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE
PA	CENTRAL NACIONAL UNIMED	927268190014 73	INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVID
PE	UNIMED RECIFE	228406200010 6	HOSPITAL ESPERANÇA
PE			HOSPITAL DE OLHOS PERNAMBUCO
PE			CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN
PE	UNIMED RECIFE	108395610001 32	HOSPITAL SANTA JOANA
PE	UNIMED RECIFE	108921640001 24	REAL HOSPITAL PORTUGUES
PE	UNIMED RECIFE	702371440001 41	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE
PR			HOSPITAL BOM PASTOR- CIDADE: TURVO
PR			HOSPITAL SÃO JOÃO - GUARAPUAVA
PR			HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU
RJ	UNIMED RIO	173618000153	DH DAY HOSPITAL S C LTDA
RJ	UNIMED RIO	341072200010 2	HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL
RJ	UNIMED RIO	402399500024 8	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES
RJ	UNIMED LESTE FLUMINENSE	277812930001 48	HCN.HOSP DE CLIN DE NITEROI LTDA.
RJ			INSTITUTO MINESOTA (VILA SERENA)
RJ	UNIMED RIO	304998260007 01	HOSP QUINTA D OR CT INVEST CAR

RJ	UNIMED RIO	286024070001 08	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-
RJ	UNIMED RIO	292597360002 41	HOSP BARRA DOR MEDISE LTDA
RJ	CENTRAL NACIONAL UNIMED	303758850002 55	CLINICA SANTA BRANCA
RJ	UNIMED RIO	321547000001 27	HOSP DE CL RIO MAR BARRA LTDA
RJ	UNIMED RIO	336304840001 01	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S A
RJ	UNIMED RIO	337222240001 66	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO
RJ	UNIMED RIO	609221680003 48	CASA DE S SAO JOSE
RJ	UNIMED RIO	724638130001 29	CL PED DA BARRA LTDA
RJ			PRO CARDIACO PRONTO SOC CARDIOLOGICO
RJ			C S LARANJEIRAS
RJ			HOSPITAL COPA DOR FMG
RJ			HOSPITAL INTEGRADO DA GÁVEA
RJ			HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA
RJ			ORDEM DA 3ª PENITÊNCIA
RJ			PRONTOCOR PRONTO SOCORRO
RJ			CASA DA ORDEM SÃO MIGUEL
RJ			CL BAMBINA
RJ			CLÍNICA SÃO VICENTE
RJ			CLÍNICA SOROCABA
RJ			HOSPITAL SAMARITANO CL. MED. CIR. BOT.
RJ			CLÍNICA PEDIÁTRICA DA GÁVEA
RN			PROMED
RN			HOSPITAL GERAL CEL. PEDRO GERMANO
RN			CASA DE SAÚDE PETRÓPOLIS
RN			IMEP-INST DE MEDICINA PEDIÁTRICA
RN			MATERNIDADE JANUÁRIO9 CICCO
RN			HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO

RN			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
RS	UNIMED VALE DO SINOS	4337634000195	HOSPITAL MUNICIPAL NOVO HAMBURGO
RS	UNIMED NORDESTE-RS	87277000000111	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE
RS	UNIMED VALE DO SINOS	88332580007763	COMUNIDADE EVANGELICA LUTER SAO PAULO LT
RS	UNIMED PORTO ALEGRE	88625686002443	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC
RS			HOSPITAL N.S. MEDIANEIRA DO CÍRC. OPERÁRIO CAXIENSE
RS			SEBS-LABORATÓRIO
RS	UNIMED PORTO ALEGRE	92685833000151	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO
SC	UNIMED TUBARÃO	472996000138	EMIR SERVICOS MEDICOS LTDA.
SC	UNIMED TUBARÃO	1595799000179	SOCIMED - SERV. HOSPITALARES LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	2765097001635	ASSOCIACAO BENEDITINA DA PROVIDENCIA
SC	UNIMED FLORIANÓPOLIS	10853021000103	HOSP DA PLASTICA DE SANTA CATARINA LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	82558487000197	HOSP. MUNICIPAL HENRIQUE LAGE
SC	FED. SANTA CATARINA	83016238000132	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR SAO PEDRO LTDA
SC	UNIMED TUBARÃO	83249714000165	FUND.MED.SOC.RURAL SAO SEBASTIAO
SC	UNIMED TUBARÃO	83467126000106	HOSPITAL SANTO ANTONIO
SC	UNIMED TUBARÃO	83708792000180	FUND. MEDICA SOCIAL RURAL SAO MART
SC	FED. SANTA CATARINA	83743450000100	SOC. HOSP. COMUNITARIA P. CLEMENTE KAMPM
SC	UNIMED TUBARÃO	83883306001213	S.D.P. HOSP.NOSSA SENHORA DA CONCEI
SC	UNIMED TUBARÃO	84203132000100	HOSPITAL DE CARIDADE SAO JOAO BATIS
SC	UNIMED TUBARÃO	84423516000139	HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA
SC	UNIMED JOINVILLE	84694405000167	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA

SC	UNIMED TUBARÃO	849039880001 99	HOSPITAL CARIDADE SENHOR BOM JESUS
SC	UNIMED TUBARÃO	852859300001 91	FUND. HOSPITALAR SANTA OTILIA
SC	UNIMED TUBARÃO	858787000001 36	FUND.MED.SOCIAL RURAL RIO FORTUNA
SC	UNIMED TUBARÃO	864378450001 64	HOSPITAL SANTA TEREZINHA
SC			HOSP. DE CLÍNICAS BELMIRO SAGGIORATTO LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	135740000135	ADLM SERVICOS MEDICOS LTDA
SP	UNIMED SÃO CARLOS	133526600015 8	PRO VISAO HOSPITAL DE OLHOS LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	202984000010 2	BETA HOSPITAIS ASSOCIADOS LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	290292600010 6	HOSPITAL BOSQUE DA SAUDE
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	332510200017 5	UNIDADE GERONTOLOGICA PAULISTA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	416895700010 0	COMPLEXO HOSPITALAR PAULISTA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	419131300020 6	SEMEAR GESTAO DE SERVICOS HOSPITALARES
SP	UNIMED PAULISTANA	604708700013 9	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	604708700021 0	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A
SP			HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP FUNDAÇÃO ZERBINI-INCOR SÃO PAULO
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	862082800015 4	ASSOCIACAO HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ES
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	912293400025 1	BW MEDICA SERVICOS HOSPITALARES LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	430224660001 09	UNIDADE OFTALMOLOGICA DE SANTANA
SP			HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL

SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	465437810006 76	SOC ASSIST BANDEIRANTES
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	496671080001 21	HOSPITAL SANTA MONICA SC LTDA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	505295020002 63	CEAM - CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICA MORA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	512626650001 04	CLINICA MEDICA SANTO ANTONIO
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	525782340001 14	DIOSP SERVICOS MEDICOS SC LTDA
SP	UNIMED JABOTICABAL	568963680001 34	IRMANDADE MISER DE JABOTICABAL
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	570095990001 41	HOSPITAL SANTO AMARO S/C LTDA
SP	UNIMED ABC	575556660001 23	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL
SP	UNIMED ABC	591357230001 40	HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	604530240003 90	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO
SP	UNIMED PAULISTANA	605442440001 67	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO
SP	UNIMED PAULISTANA	606786040001 13	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	607265020001 26	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ
SP	UNIMED PAULISTANA	608752260001 68	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LO
SP	UNIMED PAULISTANA	608848550003 16	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A
SP	UNIMED PAULISTANA	609221680007 71	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA
SP	UNIMED PAULISTANA	609619680001 06	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE
SP	UNIMED PAULISTANA	609757370002 32	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA
SP	UNIMED PAULISTANA	610622120001 98	FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV
SP	UNIMED PAULISTANA	612136740001 69	PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA
SP	UNIMED PAULISTANA	436037300012 4	HOSPITAL E MATERNIDADE SINO BRASILEIRO L

SP	UNIMED PAULISTANA	615904100001 24	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP.SIRIO LIBANES
SP	UNIMED PAULISTANA	615999080001 58	REAL E BENEMERITA SOC PORTUGUESA BENEF
SP	UNIMED PAULISTANA	627791450001 90	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	629966400001 50	LAPA ASSISTENCIA MEDICA S/S LTDA
SP	UNIMED PAULISTANA	667506130001 54	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL
SP	CENTRAL NACIONAL UNIMED	671856940001 50	GRAACC GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE
SP	UNIMED PAULISTANA	607779010002 05	HOSPITAL SANTA PAULA S/A PRO VISÃO HOSPITAL DE OLHOS LTDA
SP			HOSPITAL SANTA MARTA
SP			HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
SP			HOSPITAL PRÍNCIPE HUMBERTO S/A
SP			HOSPITAL SANTA ELISA
SP			NEOMATER S/C LTDA
SP			HOSPITAL SÃO LEOPOLDO DELBONI AURIEMO (DIAGNÓSTICO DA AMÉRICA S/A)
SP			LAB. ANAL. PESQ. CLIN. GASTÃO FLEURY
SP			HOSPITAL CARLOS CHAGAS S/A SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIÊNCIA
SP			PRO MATRE PAULISTA S.A.
SP			HOSPITAL ANCHIETA S.A.
SP			HOSPITAL FAMILY-SÃO PAULO

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

18.3 É PARTE INTEGRANTE DESTE CONTRATO:

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

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

18.3A inserção de mensagens no boleto das mensalidades ou correspondência anexas a este, valerá como intimação da CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

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

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

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

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

TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO

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

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

Maringá - Pr, 01 DE JANEIRO DE 2013.

TESTEMUNHAS:

RG:

CPF:

COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL

C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

RG:

CPF:

UNIMED REGIONAL MARINGÁ

C.N.P.J: 76.767.219/0001-82