

**Registro ANS:** 312720    **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30

**Razão Social:** UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ FEDERACAO EST. DAS COOP. MÉDICAS

**Plano:** COLETIVO POR ADESÃO PARTICIPATIVO SEM PATROCINADOR NACIONAL ENFERMARIA

**Registro ANS:** 459.255/08-7

**Contratação:** Coletivo Por Adesão

**Segmentação:** AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRICIA

### Instrumento Jurídico

#### Cláusula: I – QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1. UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, Cooperativa de 2º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob nº 4140000023 -1, I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78339439/0001-30, com sede na Rua Antonio Camilo, 283, Tarumã, Curitiba/PR, CEP-82.530-450, tel.: (41) 3219-1500, endereço eletrônico: [paraná@unimedpr.com.br](mailto:paraná@unimedpr.com.br); neste ato representada pelo Diretor Presidente e Diretor Superintendente, a seguir chamada CONTRATADA.

#### Cláusula: II – QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1. SINDICATO DOS MÉDICOS VETERINÁRIOS NO ESTADO DO PARANÁ  
CNPJ: 77.583.565/0001-73  
Endereço: Rua João Negrão, 380 – Conj 94 – 9º andar - Centro – Curitiba – PR – CEP 80.010-200

#### Cláusula: III - OBJETO DO CONTRATO

3.1. 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.

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC - 0800 41 45 54  
SAC - Deficientes Auditivos  
0800 642 2009

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba Paraná  
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468  
[www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br) | e-mail: [parana@unimedpr.com.br](mailto:parana@unimedpr.com.br)

ANS - n.º 312720

### Cláusula: IV - NATUREZA DO CONTRATO

4.1. 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.

### Cláusula: V - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1. NOME COMERCIAL: Unimed Flexível Participativo - Obstetrícia Enfermaria  
5.2. Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 459.255/08-7

### Cláusula: VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO

6.1. O tipo de contratação deste produto é COLETIVO POR ADESÃO.

### Cláusula: VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

7.1. O presente produto possui segmentação assistencial definida como AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.

### Cláusula: VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

8.1. A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

### Cláusula: IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

9.1. A internação se dará em quarto COLETIVO (enfermaria).

Parágrafo Primeiro. Na hipótese do usuário 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.

### Cláusula: X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

- não estar inclusa no cadastro restritivo de crédito;
- apresentar à CONTRATADA, o contrato social com a última alteração e o cartão do CNPJ;
- o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 201 (duzentos e um) beneficiários;

d) Preenchimento e assinatura dos documentos abaixo:

- Contrato e Proposta de Contratação;
- Termo de Adesão com as informações cadastrais, um para cada titular com ou sem dependentes, assinado pelo titular e CONTRATANTE, o qual passa a fazer parte deste contrato;
- Declaração de Saúde, preenchida e assinada por cada um dos beneficiários inscritos (titular e dependente);
- 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 incluir ou excluir novos beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

10.2 - Condições de Admissão dos beneficiários:

10.2.1. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde as pessoas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE, sindicalizadas, segundo opções preenchidas pelos interessados nos formulários cadastrais.

Parágrafo Único. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os comprovantes legais, capazes de atestar o vínculo do titular com a CONTRATANTE.

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 34 anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes.

Parágrafo Primeiro. 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 judicial.

Parágrafo Segundo. A CONTRATADA reserva-se o direito de exigir os

comprovantes legais, capazes de atestar a condição de dependência.

Parágrafo Terceiro. 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.

Parágrafo Quarto. 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, outros.

Parágrafo Quinto. Os Termos de Adesão ao presente contrato serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

### Cláusula: XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1. 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 Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2008, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados, profissionais e estabelecimentos 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:**

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

11.1.2. 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, **previstos no ROL Médico da RN 167/2008 da ANS;**

11.1.3. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, **limitadas a 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual**, conforme indicação do médico assistente;

11.1.4. Cobertura de psicoterapia, **limitadas a 12 (doze) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

11.1.5. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia **listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

11.1.6. 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, **desde que credenciados pela CONTRATADA**;

11.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08**:

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;

c) radioterapia ambulatorial: todos os **procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**, para o segmento ambulatorial;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam **descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**;

e) hemoterapia ambulatorial; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

11.1.8 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.

11.1.9. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

11.1.10. 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;

11.1.11. Cobertura de alimentação para um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos, conforme dieta geral do hospital;

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

11.1.13. Cobertura de profissional médico anestesiológico nos **procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, caso haja indicação clínica;**

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

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

11.1.16. Cobertura de exames complementares, **previstos no ROL da ANS**, 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;**

11.1.17. 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 Normativa nº 167/08:**

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 descritos no Rol da Resolução Normativa nº 167/08**, 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 Normativa nº 167/08;**

g) embolizações: aquelas **listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**

h) radiologia intervencionista **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles **listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08;**

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

11.1.18. 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;**

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

11.1.20. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais, **previstas no ROL de Procedimentos médicos da RN 167/2008**, 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;

11.1.21. 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;

11.1.22. Cobertura de transplante de medula autóloga;

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

a) despesas assistenciais com doadores vivos,

b) medicamentos utilizados durante a internação,

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo excluídos da cobertura os 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.**

11.1.24. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

11.1.25. cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

11.1.26. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros trinta dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo. Ultrapassado o prazo estabelecido, caso o recém nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto na cláusula Condições de Admissão, cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento.

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

11.1.27.1. **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;

11.1.27.2. 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 necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais credenciados, conforme condições abaixo.

Parágrafo único - **As internações de usuários 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).**

11.1.26. 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);

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

11.1.27. 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;

11.1.28. 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.

### Cláusula: XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 167/08, 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 esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

- d) tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento da obesidade mórbida em prestador credenciado).
- f) tratamentos 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 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;
- 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 167/08;
- 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 Normativa nº 167/08 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 obstétricos, assim definidos no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 167 da ANS;
- p) todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 167/08;
- q) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- r) 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;
- s) Aluquel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- t) 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.
- u) Os procedimentos relacionados com acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais e saúde ocupacional.

### Cláusula: XIII - VIGÊNCIA

13.1. 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.

### Cláusula: XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

14.1. 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.

### Cláusula: XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

15.1. Para que possam beneficiar-se dos serviços, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados do início da vigência do presente contrato ou da inscrição do novo beneficiário:

#### 15.1.1. CARÊNCIAS

Urgência e Emergência - 24 horas, observadas as limitações de cobertura quando em cumprimento de carência contratual ou Cobertura Parcial Temporária, previstas nas cláusulas específicas de urgência e emergência, adiante mencionadas.

Consultas médicas - 30 dias.

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

Fisioterapias - 90 dias.

Demais coberturas - 180 dias.

Parto a termo - 300 dias.

15.2. Contratada a ampliação de cobertura através de módulos específicos (apartamento) os associados inscritos sujeitar-se-á carência prevista para internações de 180 dias contadas a partir da data da ampliação.

### Cláusula: XVI - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

16.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários.

### Cláusula: XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

17.2. **Urgência:** são os atendimentos entendidos como resultantes de

### acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

17.3. 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 beneficiário 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: Estando o beneficiário em **cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária – CPT**, 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 contratante, não cabendo ônus à operadora.

17.4. É garantido no presente contrato o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.**

17.5. 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, vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fim do evento, com 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;

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC - 0800 41 45 54  
SAC - Deficientes Auditivos  
0800 642 2009

14

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba Paraná  
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468  
www.unimed.com.br | e-mail: parana@unimedpr.com.br

ANS - n.º 312720

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.

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

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

### Cláusula: XVIII – REMOÇÃO

18.1. 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 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, 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.

### Cláusula: XIX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

#### 19.2. Da Co-Participação:

19.2.1. É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO TITULAR diretamente à CONTRATADA, após a realização dos procedimentos na internação psiquiátrica, 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) Na internação psiquiátrica de beneficiários portadores de transtornos mentais: i. de um a trinta dias, não há co-participação; ii. de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. acima de sessenta dias, co-participação de 90% (noventa por cento).
- b) Nas Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química: i. de um a quinze dias, não há co-participação; ii. de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento); iii. de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e iv. acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

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

19.3. FICA ESTABELECIDO 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 RESPONSÁVEL PAGADOR 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.

### 19.3. Cartão De Identificação:

19.3.1. A CONTRATADA fornecerá, ao beneficiário titular e respectivos dependentes inscritos no plano, o cartão individual de identificação, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

**Parágrafo Primeiro.** Em caso de exclusão do dependente, 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 à 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.

### 19.4. Condições de Atendimento e Autorização Prévia

19.4.1 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 (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);

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.

**Parágrafo Primeiro.** Nos casos de urgência e emergência, o usuário, ou quem responda por ele, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data de internação, para providenciar a autorização 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 usuários.

**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). 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 ou autorização da ANS.

### 19.5. Condições diferenciadas de atendimento:

a) a CONTRATADA autorizará, materiais (inclusive órteses e próteses cirúrgicas) nacionais, com certificados de boas práticas, conforme exigência da ANVISA, (somente autorizando os importados, caso não existam similares nacionais);

b) a CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente, utilizando-se de Junta Médica, conforme prevê o art 4º da Resolução Consu nº 8/98, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências.

### Cláusula: XX - FORMAÇÃO DE PREÇO

20.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos.

20.1.1. O Titular obriga-se a pagar à CONTRATADA, a sua mensalidade e de seus dependentes inscritos neste contrato, acrescidos dos valores cobrados a título de co-participação:

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC - 0800 41 45 54  
SAC - Deficientes Auditivos  
0800 642 2009

9 18

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba Paraná  
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468  
[www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br) | e-mail: [parana@unimedpr.com.br](mailto:parana@unimedpr.com.br)

ANS - n.º 312720

| AMBULATORIAL + HOSPITALAR + OBSTETRICIA – ENFERMARIA |  |                            |                                   |
|--|--|----------------------------|-----------------------------------|
| Faixa Etária   | Individual e Titular mais 1 Dependente | Titular mais 2 Dependentes | Titular com 3 ou mais Dependentes |
| 0-18   | 60,08                                  | 52,88                      | 45,69                             |
| 19-23  | 68,59                                  | 60,33                      | 52,07                             |
| 24-28  | 84,94                                  | 74,62                      | 64,32                             |
| 29-33  | 92,59                                  | 81,33                      | 70,07                             |
| 34-38  | 100,06                                 | 87,85                      | 75,66                             |
| 39-43  | 114,60                                 | 100,59                     | 86,57                             |
| 44-48  | 121,57                                 | 106,68                     | 91,80                             |
| 49-53  | 148,79                                 | 130,51                     | 112,21                            |
| 54-58  | 206,82                                 | 181,28                     | 155,74                            |
| >59  | 248,69                                 | 217,92                     | 187,14                            |

20.1.2. Ocorrendo inclusões, promovendo o acréscimo no número de beneficiários da família, o valor da mensalidade de cada beneficiário será automaticamente adequado à tabela correspondente ao número total de pessoas inscritas da família que permanecerão no plano.

20.1.3 Da mesma forma, ocorrendo exclusão de beneficiários, em sendo reduzido o número total de beneficiários de uma mesma família integrantes do plano, para menos de quatro, o valor da mensalidade será automaticamente adequada à tabela correspondente ao número de beneficiários inscritos da família que permanecerão no plano.

### Cláusula: XXI - PAGAMENTO DA MENSALIDADE

21.1. As mensalidades e as co-participações, previstas na cláusula 'Mecanismos de Regulação', serão pagas pelo BENEFICIÁRIO TITULAR do plano, 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.

21.2. 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 subseqüentes.

21.3. Se o BENEFICIÁRIO 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.

21.4. 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).



19

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

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

### Cláusula: XXII – REAJUSTE

22.1. Nos termos da lei, os valores das mensalidades, 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.

22.2. 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.

22.3. 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.

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

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

### Cláusula: XXIII - FAIXAS ETÁRIAS

23.1. 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 usuário, conforme os percentuais abaixo:

| Faixas Etárias | %      |
|----------------|--------|
| 00 - 18        | 0,00%  |
| 19 - 23        | 14,16% |
| 24 - 28        | 23,84% |
| 29 - 33        | 9,01%  |
| 34 - 38        | 8,07%  |
| 39 - 43        | 14,53% |
| 44 - 48        | 6,08%  |
| 49 - 53        | 22,39% |
| 54 - 58        | 39,00% |
| > 59           | 20,24% |

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

23.3. Os beneficiários que estiverem no plano contratado há 10 anos ou mais não sofrerão reajuste por alteração de faixa etária quando completarem 60 anos de idade.

### Cláusula: XXIV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

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

24.1.1. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS PARA CONTRATOS COM 50 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

24.1.2. Caso o número de beneficiários inscritos seja maior ou igual a 50

Papel proveniente de reflorestamento.



SAC - 0800 41 45 54  
SAC - Deficientes Auditivos  
0800 642 2009

921

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba Paraná  
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468  
www.unimed.com.br | e-mail: parana@unimedpr.com.br

ANS - n.º 312720

(cinquenta), a CONTRATADA dispensará o preenchimento e assinatura das Declarações de Saúde.

Parágrafo Primeiro. A cobertura parcial temporária ou o agravo não serão empregados nos contratos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários inscritos.

Parágrafo Segundo. Para efeito de aplicação do benefício previsto no parágrafo anterior, será considerado o número total de beneficiários inscritos no mês anterior ao da inclusão dos novos beneficiários.

### 24.2. FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

**Esta cláusula somente se aplica aos empregados em regime de CLT, com vínculo empregatício direto com a CONTRATANTE, não sendo esta a condição dos beneficiários deste contrato.**

### 24.3. ABSORÇÃO DE CARÊNCIAS EM CASO DE RESCISÃO DESTE CONTRATO

24.3.1. 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 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.

### Cláusula: XXV - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

a) houver o não pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o Beneficiário Titular seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

b) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;

c) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita

remetida à CONTRATADA;

d) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;

e) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme Cláusula Condições de Admissão;

f) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com a CONTRATANTE;

g) o contrato for rescindido, conforme prevê Cláusula Suspensão ou Rescisão Contratual.

**Parágrafo Primeiro.** À CONTRATADA reserva-se o 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.** Os filhos que perderem a condição de dependência, estabelecida na cláusula anterior, poderão assinar novo contrato individual ou familiar, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito, como beneficiários titulares, descontadas as carências já cumpridas neste contrato, observadas as condições atuais de vendas, inclusive preço.

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

---

#### Cláusula: XXVI - RESCISÃO

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

26.1.1. 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 pelo CONTRATANTE, por escrito, com 30 (trinta) 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 usuários.

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

Parágrafo Primeiro. 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 30 (trinta) dias - não se admitindo novas inclusões 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 Segundo. 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.

Parágrafo Terceiro. Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas.

Parágrafo Quarto. Caso a rescisão do contrato por iniciativa da CONTRATANTE ocorra antes de completados 12 meses de vigência do contrato, a CONTRATANTE sujeitar-se-á ao pagamento de multa pecuniária, equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades restantes.

### Cláusula: XXVII - DISPOSIÇÕES GERAIS

**27.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS.** A possibilidade de escolha dos BENEFICIÁRIOS é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site".

**27.2. Assim estão expressamente excluídos da rede de credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes 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 Minesota (Vila Serena), Procardíaco - Pronto Socorro Cardiológico, Protocolo 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 - PROBABLEY, 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 Sirio 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;

27.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados



SAC - 0800 41 45 54  
SAC - Deficientes Auditivos  
0800 642 2009

9 25

Rua Antonio Camilo, 283 - Tarumã | 82530-450 | Curitiba Paraná  
Fone: 55 41 3219.1500 | Fax: 55 41 3219.1468  
www.unimed.com.br | e-mail: parana@unimedpr.com.br

devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.


### Cláusula: XXIII - ELEIÇÃO DE FORO

28.1. 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.

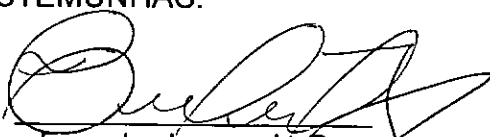
Curitiba, 01 de maio de 2009.

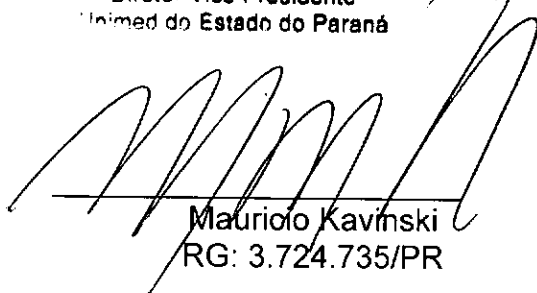
  
SINDICATO DOS MÉDICOS VETERINÁRIOS NO ESTADO DO PARANÁ

  
UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS  
**Dr. Mario Tadaiti Iria**  
Diretor de Mercado  
Unimed do Estado do Paraná

  
UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS  
**Manoel Almeida Neto**  
Diretor Vice Presidente  
Unimed do Estado do Paraná

TESTEMUNHAS:

  
Evandro Lucas de Barros  
RG: 6.211.237-9/PR

  
Mauricio Kavinski  
RG: 3.724.735/PR



SAC 0800 41 4554