

Registro ANS: 312720 **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30
Razão Social: UNIMED DO ESTADO DO PARANA FEDERACAO ESTADUAL
DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

Minuta do Contrato: UNIMED GESTÃO ESPECIAL MATER – PAC
COPARTICIPAÇÃO

Contratação: Coletivo por adesão

Segmentação: AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Instrumento Jurídico

a) Qualificação da operadora

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, pessoa jurídica de direito privado, com sede em Curitiba/PR, Endereço: R. Antônio Camilo, n.º 283, Tarumã, Cep: 82530-450, Curitiba/PR, CNPJ: 78339439/0001-30, Registro da Operadora na ANS n.º: 312720, Classificação da Operadora na ANS: COOPERATIVA, neste ato representada por seus Diretores, a seguir chamada CONTRATADA.

b) Qualificação das contratantes

UNIMED APUCARANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.064.511/0001-79

Endereço: Rua Des Clotário Portugal, 927, Centro, Apucarana / PR, CEP 86800-020

UNIMED CASCAVEL – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.170.003/0001-75

Endereço: Rua Barão do Cerro Azul, 594, Centro, Cascavel / PR, CEP 85802-050

UNIMED DE CIANORTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.733.115/0001-97

Endereço: AV Mato Grosso, 1335, Centro, Cianorte / PR, CEP 87200-300

UNIMED COSTA OESTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 78.931.391/0001-55

Endereço: Rua Santos Dumont, 2705, Centro, Toledo / PR, CEP 85900-010 – Caixa postal 337

UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS

CNPJ: 75.055.772/0009-87

Endereço: Rua Itupava, 737, Alto da XV, Curitiba / PR, CEP 80040-000

UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.697.419/0001-46

Endereço: Rua Belarmino de Mendonça, 162, Centro, Foz do Iguaçu / PR, CEP 85851-100

UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 78.044.815/0001-60

Endereço: Rua Capitão Rocha, 1273 / 1263, Centro, Guarapuava / PR, CEP 85010-270

UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 75.222.224/0001-47

Endereço: AV Ayrton Senna do Brasil, 1065, PQ Guanabara Boulevard, Londrina / PR, CEP 86050-460

UNIMED NOROESTE DO PARANÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.710.865/0001-43

Endereço: Rua Jussara, 3691, Centro, Umuarama / PR, CEP 87501-010

UNIMED NORTE DO PARANÁ COOPERATIVA REGIONAL DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 80.297.161/0001-28

Endereço: Rua Paraíba, 321, Centro, Cornélio Procopio / PR, CEP 86300-000

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 78.953.023/0001-08

Endereço: Rua dos Expedicionários, 337, Centro, Jacarezinho / PR, CEP 86400-00

UNIMED DE PARANAGUÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 75.003.525/0001-80

Endereço: Rua João Eugênio, 677, Centro Histórico, Paranaguá / PR, CEP 83203-400

UNIMED DE PARANAVAÍ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 81.076.069/0001-09

Endereço: Rua Antonio Felipe, 1545, Centro, Paranavaí / PR, CEP 87704-030

UNIMED PATO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 80.871.551/0001-60

Endereço: Rua Tamoio, 253, Centro, Pato Branco / PR, CEP 85501-067

UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 77.781.706/0001-62

Endereço: Rua Santos Dumont, 1036, Centro, Ponta Grossa / PR, CEP 84010-360

UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 80.715.716/0001-77

Endereço: AV José Custódio de Oliveira, 1385, Campo Mourão / PR, CEP 8730-020

UNIMED REGIONAL DE MARINGÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 76.767.219/0001-82

Endereço: AV Bento Munhoz da Rocha Neto, 750, Zona 7, Maringá / PR, CEP 870030-010

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE MAFRA E RIO NEGRO

CNPJ: 03.950.528/0001-10

Endereço: AV Cel Severiano Maia, 590, V Buenos Aires, Mafra / SC, CEP 89300-000

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO UNIMED VALE DO IGUAÇU

CNPJ: 03.990.015/0001-32

Endereço: Rua Frei Rogério, 414, Centro, Porto União / SC, CEP 89400-000

UNIMED VALE DO PIQUIRI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CNPJ: 80.525.652/0001-89

Endereço: Rua Ipiranga, 962, Centro, Palotina / PR, CEP 85950-000

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

NOME COMERCIAL: UNIMED GESTÃO ESPECIAL MATER – PAC
COPARTICIPAÇÃO

Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 479.132/17-1

d) Tipo de contratação

COLETIVO POR ADESÃO

e) Segmentação assistencial do plano de saúde

AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

f) Área geográfica de abrangência do plano de saúde

A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

g) Área de atuação do plano de saúde

Em todo o território Nacional.

h) Padrão de acomodação em internação

INDIVIDUAL (apartamento).

i) Formação do preço

Pós-estabelecido na modalidade de rateio.

j) Serviços e coberturas adicionais

NÃO SE APLICA

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, de prestação continuada de serviços a preço pós-estabelecido na modalidade rateio por faixa etária, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA (RN) nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores discriminados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.

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

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1. Por ocasião da contratação do plano de saúde, as CONTRATANTES deverão apresentar à CONTRATADA o estatuto social com a última alteração, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo por adesão, nos termos do art. 9º, caput e incisos, e art. 10 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009 da ANS, e suas alterações.

2.2. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde os médicos cooperados vinculados às CONTRATANTES, as quais são as pessoas jurídicas de caráter profissional integrante do Sistema Unimed do Estado do Paraná, portanto, sem vínculo empregatício com as CONTRATANTES, sendo o plano destinado a cooperados e seus dependentes, que tenham vínculo de caráter profissional com as pessoas jurídicas CONTRATANTES diferente da relação trabalhista, conforme definido no art. 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009 da ANS, e suas alterações.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA poderá exigir, sempre que julgar necessário, os comprovantes legais capazes de atestar o vínculo do(a) titular com as CONTRATANTES.

2.3. São considerados beneficiários dependentes do titular:

a) o cônjuge;

b) o(a) companheiro(a), sem eventual concorrência com o(a) cônjuge/companheiro(a), salvo por decisão judicial ou acordo extrajudicial homologado em cartório, nos casos de divórcio, separação ou dissolução de união estável;

c) os(as) filhos(as) até 35 anos, 11 meses e 29 dias;

d) os(as) filhos(as) incapazes de qualquer idade, assim declarados judicialmente;

e) os(as) enteados(as) até 35 anos, 11 meses e 29 dias;

f) os genros e noras até 35 anos, 11 meses e 29 dias;

g) os(as) netos(as), até 23 anos, 11 meses e 29 dias;

h) (os) netos(as) do(a) cônjuge/companheiro(a), até 23 anos, 11 meses e 29 dias; e

i) o(a) menor, sob guarda ou tutela do(a) titular, do cônjuge, do(a) companheiro(a), dos(as) filhos(as), dos genros ou noras e dos(as) enteados(as) inscritos(as) no plano, até 17 anos, 11 meses e 29 dias.

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

a) a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;

b) o beneficiário - pai, mãe ou responsável legal - tenha cumprido as carências contratuais.

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

2.3.2. É assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos pelo titular, **desde que inscrito até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção, mediante apresentação do respectivo termo.**

2.3.3. As demais hipóteses de aplicação de carências estão previstas no TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA deste contrato.

2.3.4. A adesão dos dependentes dependerá da participação do beneficiário titular no plano de saúde.

2.4. Para o ingresso de beneficiários no plano de saúde, as CONTRATANTES deverão apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

2.4.1. No caso da inclusão do(a) médico(a) cooperado(a) titular: planilha cadastral da CONTRATADA devidamente preenchida, com carimbo de CNPJ e assinatura do responsável pelo envio ou formulário eletrônico que a substitua; cópia da carteira do CRM; cópia do RG; cópia do CPF; cópia do comprovante de residência; e cópia da Ficha de Adesão na Singular (ficha de matrícula ou ata da reunião realizada com o ingresso do cooperado na Singular).

2.4.2. No caso da inclusão de dependentes do titular, planilha cadastral da CONTRATADA devidamente preenchida, com carimbo de CNPJ e assinatura do responsável pelo envio ou formulário eletrônico que a substitua, bem como:

a) para o cônjuge do(a) titular: cópia da certidão de casamento; do CPF; do RG; e do comprovante de residência;

b) para o(a) companheiro(a) do(a) titular: cópia da escritura pública de união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge/companheiro(a), salvo por decisão judicial ou acordo extrajudicial homologado em cartório, nos casos de divórcio, separação ou dissolução de união estável; cópia do CPF; RG; e comprovante de residência;

c) para os(as) filhos(as) do(a) titular: cópia do RG; cópia da certidão de nascimento ou termo de adoção; e cópia do CPF;

d) para os dependentes sob guarda ou tutela de beneficiário(a) inscrito(a) no plano: cópia dos termos de guarda ou tutela; certidão de nascimento; cópia do RG; e cópia do CPF;

e) para os(as) filhos(as) incapazes do(a) titular: cópia da decisão judicial de interdição; cópia do RG ou da certidão de nascimento; e cópia do CPF;

f) para os(as) enteados(as) do(a) titular: cópia da certidão de casamento ou escritura pública de união estável do titular; cópia do RG; da certidão de nascimento ou termo de adoção; e cópia do CPF do(a) enteado(a);

g) para os(as) netos(as) do(a) titular: cópia do RG; da certidão de nascimento ou termo de adoção; e cópia do CPF;

h) para os(as) netos(as) do(a) cônjuge/companheiro(a) do(a) titular: cópia da certidão de casamento ou escritura pública de união estável do(a) titular; cópia do RG; da certidão de nascimento ou termo de adoção; e cópia do CPF do(a) neto(a);

i) para genros e noras do(a) titular: certidão de casamento ou escritura pública de união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge/companheiro(a),

salvo por decisão judicial ou acordo extrajudicial homologado em cartório nos casos de divórcio, separação ou dissolução de união estável; cópia do CPF; cópia do RG; e do comprovante de residência.

2.5. AS CONTRATANTES informarão à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, pelos meios disponibilizados pela operadora, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

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

Parágrafo primeiro. A movimentação de beneficiários observará o seguinte calendário, desde que apresentada toda a documentação prevista nos itens 2.4.1 e 2.4.2 acima:

a) As movimentações solicitadas pela CONTRATANTE até o dia 25 de cada mês serão processadas para início de vigência em até 72 (setenta e duas horas) ou no primeiro dia do mês subsequente, de acordo com a solicitação da CONTRATANTE; e

b) As movimentações solicitadas pela CONTRATANTE entre os dias 26 e último dia do mês vigente serão processadas para início de vigência no primeiro dia do mês subsequente, à exceção da inclusão do recém-nascido e das exclusões por óbito e a pedido do titular, as quais serão processadas dentro do mês vigente.

Parágrafo segundo. Excepcionalmente, poderá o beneficiário titular solicitar a sua exclusão, bem como a de seus dependentes, diretamente à CONTRATADA.

2.7. À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pelas CONTRATANTES, inclusive os comprovantes legais capazes a atestar a titularidade e condição de dependência.

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

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

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. **A CONTRATADA assegurará** aos beneficiários inscritos no presente plano a cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como **os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, por intermédio da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2017 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA,** através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, **observando-se a exclusão expressa de atendimento nos prestadores elencados no tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS, bem como, para fins de liberação, as quantidades e limites definidos nas Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, previstas na legislação vigente, observadas a segmentação e a área de abrangência do plano contratado,** assegurada independentemente do local de origem do evento, **conforme segue:**

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

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

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

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

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

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

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

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

b) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

c) quimioterapia oncológica **ambulatorial**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde;**

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

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

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

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

e) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam descritos no Rol da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;

f) hemoterapia ambulatorial;

g) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

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

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

3.1.9. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

Parágrafo Único. Na hipótese de disponibilidade de leito no padrão de acomodação contratado, caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior, ou faça qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade civil e/ou financeira para a CONTRATADA.

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

3.1.11. Cobertura de alimentação conforme dieta geral do hospital e acomodação oferecida pelo hospital, para um acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir dos 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, **mediante indicação do médico assistente.**

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

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

3.1.14. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, **em prestador credenciado, desde que o procedimento seja coberto por este**

contrato, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

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

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

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

3.1.16. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, **conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar coberta por este contrato.**

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

Parágrafo único. Entende-se por comprovadamente necessária, a remoção de paciente internado em unidade hospitalar que não possua recursos para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para o controle da evolução da doença ou elucidação diagnóstica.

3.1.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações:**

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

b) quimioterapia oncológica **ambulatorial ou hospitalar**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde;**

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

d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) **procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;**

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

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

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

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

3.1.19. Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, bem como a cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, **conforme previsto no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações.**

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

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

3.1.22. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos (Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações), realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, em hospitais credenciados, sendo garantida a cobertura de exames complementares previstos neste contrato, solicitados pelo profissional executante, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

3.1.23. Cobertura, **em prestador credenciado**, da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos exclusivamente odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar e o fornecimento de medicamentos,

anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar, bem como a cobertura de exames complementares previstos no rol de procedimentos médico-hospitalares (Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações).

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

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

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

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

Parágrafo segundo. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

3.1.26. Cobertura dos transplantes previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, bem como das despesas com os procedimentos vinculados (aqueles necessários à realização do transplante), incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção**;
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

Parágrafo Único. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de

fila única de espera e de seleção, e terão cobertura conforme as disposições da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações.

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

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

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

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

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

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

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM e/ou Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula/manual registrado na ANVISA (uso *off-label*);

b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como órteses e próteses, para fins estéticos, sendo entendido como procedimento estético aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo

humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

c) Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

e) Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

f) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

g) Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, que não estejam regularizados, nem registrados e suas indicações não constem na bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo à unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios), excetuados os medicamentos previstos na alínea “d” do item 3.1.7 do tema III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS;

i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, entendido como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese, qualquer material permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, não sendo ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

- l) **Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção daqueles constantes no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;**
- m) **Consultas e demais atendimentos domiciliares;**
- n) **Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no Rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;**
- o) **Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;**
- p) **Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando a respectiva técnica não estiver assim especificada no Anexo I da Resolução Normativa nº 428/17 e suas atualizações;**
- q) **Todos os tratamentos oncológicos não constantes no Rol de Procedimentos da ANS vigente, ainda que prescritos pelo médico assistente;**
- r) **Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato, ou fora da rede própria, credenciada ou contratada;**
- s) **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- t) **Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos;**
- u) **Consulta médica em especialidade não reconhecida ou que esteja definida como "área de atuação" pelo Conselho Federal de Medicina; e**
- v) **Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O início de vigência deste contrato dar-se-á em 1º de junho de 2018.

Parágrafo Primeiro. Os efeitos do presente contrato para cada beneficiário, contudo, subordinam-se ao recebimento do pedido de inclusão pela CONTRATADA, iniciando sua vigência na data indicada no campo específico para o seu ingresso.

5.2. Este contrato vigorará por tempo indeterminado.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Estão previstas neste contrato as seguintes CARÊNCIAS CONTRATUAIS:

a) Urgência e Emergência - 24 horas, observado o disposto no **tema VIII - Urgência e Emergência, adiante mencionado;**

b) Consultas médicas - 30 (trinta) dias;

c) Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-X simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 (trinta) dias;

d) Fisioterapias - 90 (noventa) dias;

e) Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional – 90 (noventa) dias;

f) Demais coberturas contratuais (exceto parto a termo) - 180 (cento e oitenta) dias;

g) Parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez - 300 (trezentos) dias.

Parágrafo Único. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano.

6.2. Serão isentos do cumprimento das carências acima discriminadas os beneficiários que se enquadrarem em uma das seguintes condições:

a) o COOPERADO TITULAR e seus respectivos dependentes elegíveis, desde que a solicitação de inscrição no plano ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração deste contrato;

b) o NOVO COOPERADO que vier a se vincular à CONTRATANTE e seus respectivos dependentes elegíveis, desde que a solicitação de inscrição no plano ocorra em até 30 dias contados da data de seu ingresso na CONTRATANTE, na qualidade de cooperado;

c) o COOPERADO que vier a se vincular à CONTRATANTE após o transcurso dos prazos acima, desde que o seu pedido de inclusão no plano seja recepcionado pela CONTRATADA **em até 30 (trinta) dias a contar da data do**

primeiro aniversário contratual imediatamente posterior à sua vinculação à CONTRATANTE;

d) o NOVO CÔNJUGE de COOPERADO TITULAR, desde que o pedido de inclusão seja recepcionado pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias a contar da data do casamento civil;

e) o(a) NOVO(A) COMPANHEIRO(A) de COOPERADO TITULAR, desde que o pedido de inclusão seja recepcionado pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias a contar da data do início do convívio marital;

f) o RECÉM-NASCIDO, filho natural ou adotivo ou neto do COOPERADO TITULAR, desde que o pedido de inclusão seja recepcionado pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento ou adoção;

g) o GENRO ou a NORA de COOPERADO TITULAR, desde que o pedido de inclusão seja recepcionado pela CONTRATADA em até 30 (trinta) dias contados da data de casamento civil ou do início do convívio marital; e

h) após o transcurso dos prazos estabelecidos nas alíneas anteriores, os NOVOS DEPENDENTES elegíveis de COOPERADO TITULAR já inscrito, desde que sua inclusão na operadora ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da data do primeiro aniversário contratual imediatamente posterior à aquisição da sua condição de dependência.

Parágrafo primeiro. Para efeito do disposto nas alíneas "c" e "h" do item 6.2, considera-se "aniversário contratual" o dia e o mês da assinatura deste contrato.

Parágrafo segundo. De forma complementar às isenções previstas para o respectivo grau de parentesco com o COOPERADO TITULAR, aplicar-se-á também a isenção de carências nos prazos previstos nas alíneas "a", "b" e "c" do item 6.2, ao COOPERADO que optar por ser incluso no plano na condição de beneficiário DEPENDENTE de outro COOPERADO, desde que observada a sua elegibilidade, conforme Tema II – Condições de Admissão.

Parágrafo terceiro. Excetuando-se as condições citadas neste item, bem como as hipóteses legais de isenção de carências, no curso de vigência deste contrato, caberá aos beneficiários o cumprimento das carências, independentemente de eventual vinculação anterior a este plano.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. Não se aplica

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

8.3. É assegurada, nos limites abaixo descritos, a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário no plano.

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

Parágrafo Segundo: Estando o beneficiário em cumprimento de carência, quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de internamentos ou procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação ou realização de cirurgias hospitalares, passará a ser do beneficiário ou CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

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

8.4. É garantido o reembolso das despesas dos procedimentos cobertos neste contrato, caracterizados como de urgência ou emergência, realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados, desde que respeitada a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

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

- Carta de solicitação de reembolso constando os dados pessoais do beneficiário que realizou o atendimento, bem como a justificativa para realização do procedimento de urgência e emergência em caráter particular;
- Recibo ou nota fiscal originais constando o nome do paciente e a data do atendimento, contendo a descrição detalhada, pelo prestador, de cada procedimento realizado com os respectivos valores unitários;

- c) O CPF ou CNPJ deve estar incluso no recibo ou nota fiscal;
- d) Dados bancários do beneficiário ou do terceiro indicado pelo Titular: banco; agência; conta corrente ou poupança; nome completo do correntista; CPF do correntista; data de nascimento. **(No caso de depósito em conta de terceiro, necessário autorização por escrito do titular do plano).**
- e) Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- f) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- g) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- h) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e respectivos laudos;
- i) Outros documentos solicitados pela CONTRATADA;

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

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

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

8.5. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário nas seguintes situações:

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

b) 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 beneficiário, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

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

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

TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 NÃO SE APLICA.

TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

10.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelas **CONTRATANTES** diretamente à **CONTRATADA**, de acordo com os valores praticados na RPMU – Rol de Procedimentos Médicos Unimed, vigente na data do evento, após a realização das consultas e dos procedimentos ambulatoriais, nas condições abaixo.

10.1.1. FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 30,00% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS CONSULTAS E DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 120,00 (CENTO E VINTE REAIS) POR CONSULTA/PROCEDIMENTO REALIZADO, A SER PAGA PELAS CONTRATANTES DIRETAMENTE À CONTRATADA.

Parágrafo primeiro. Não haverá cobrança de coparticipação nos procedimentos de diálise, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia ambulatoriais, bem como em atendimentos de urgência e emergência em pronto socorro.

Parágrafo segundo. A coparticipação será cobrada por consulta/procedimento realizado e não por amostra; por exemplo, em uma única coleta de sangue, retira-se uma amostra para a realização de um ou mais exames; nesta hipótese, a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames realizados.

Parágrafo terceiro. Nos casos de procedimentos/análises de DNA cobertos pelo rol mínimo obrigatório vigente da ANS, a coparticipação será cobrada por quantidade de enzimas utilizadas para sua realização.

10.2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários inscritos no plano o cartão individual de identificação em meio físico ou eletrônico, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo Primeiro. Em caso de exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação 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.**

10.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de atendimento, mediante agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médicos plantonistas;

b) atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: **serão realizados por médicos cooperados ou profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados que integram a rede prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed com autorização prévia da CONTRATADA;**

c) Os exames complementares e serviços auxiliares poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista e serão realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed, com autorização prévia da CONTRATADA;

Parágrafo Primeiro. A autorização prévia de que trata as alíneas 'b' e 'c', será fornecida no prazo máximo estabelecido pela legislação vigente, contado do recebimento da solicitação médica completa, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

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

Parágrafo Terceiro. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm prioridade na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários.

Parágrafo Quarto. O plano ora contratado não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação publicada no site www.unimed.coop.br/parana, sendo expressamente excluída a cobertura nos prestadores de tabela própria discriminados no **Tema XVIII - Condições Gerais**, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no guia eletrônico.

Parágrafo Quinto. Eventuais alterações na rede credenciada/contratada observarão o disposto no art. 17 da Lei 9.656/98, com comunicação prévia via site www.unimed.coop.br/parana.

10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO: A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica ou Odontológica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico desempatador, escolhido pelos outros dois, nos termos da regulamentação vigente (Resolução Normativa nº 424/17 da ANS e/ou suas atualizações), para dirimir o impasse, **tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências**, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE DE RATEIO

11.1. O preço será formado na modalidade de pós-pagamento, observado o mutualismo dentro de cada faixa etária prevista neste contrato, cujo valor será calculado com base na utilização e no custo de cada uma destas faixas, denominado adiante como mensalidade de rateio. O critério de rateio que será utilizado para cobrança das mensalidades individuais será o seguinte:

a) A Despesa assistencial por beneficiário, a seguir denominada mensalidade de rateio, é obtida através do Método Direto, e consiste na soma de todas as despesas assistenciais médias, segundo cada faixa etária. Ou seja, *é a soma da média dos custos/despesas assistenciais por beneficiário, em cada faixa etária.*

b) As faixas etárias definidas para rateio deste produto foram estabelecidas conforme o art. 2º da Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, observadas as condições definidas no art. 3º da mesma norma. Para obtenção desses valores por faixa etária, observamos

os critérios estabelecidos na RN 63/2003 da ANS, a qual estabelece limite máximo de valor para a última faixa etária, de seis vezes o valor da primeira. O excedente será distribuído entre as demais faixas etárias.

Formulação:

$$\text{Mensalidade de Rateio}_k = \left(\frac{\sum_{i=1}^n C_i}{\sum_{i=1}^n \text{Beneficiários}_i} \right) \times (1 + \text{Taxa de Administração})$$

Mensalidade de Rateio_k: Somatório das despesas assistenciais totais de todas as Singulares, na competência i, dividido pelo somatório do nº de beneficiários na competência i, de todas as Singulares participantes do plano PAC, para cada faixa etária (k) definida neste contrato, acrescida da Taxa de Administração.

$\sum_{i=1}^n C_i$ = Somatório dos custos dos itens de despesas assistenciais (consultas, exames, terapias, internações, outros atendimentos ambulatoriais, demais despesas assistenciais) em cada faixa etária, na competência;

$\sum_{i=1}^n \text{Beneficiários}_i$ = Somatório do número de beneficiários totais em cada faixa etária;

k: faixas etárias, sendo: 1(00-18 anos); 2(19-23 anos); 3(24-28 anos); 4(29-33 anos); 5(34-38 anos); 6(39-43 anos); 7(44-48 anos); 8(49-53 anos); 9(54-58 anos) e 10 (maior ou igual a 59 anos).

Taxa de Administração: Taxa (em percentual) correspondente as despesas administrativas e dos custos acessórios para manutenção e operacionalização do Plano PAC.

11.2. As CONTRATANTES obrigam-se a pagar à CONTRATADA os valores resultantes do rateio por faixa etária, dos serviços prestados aos beneficiários inscritos neste contrato, tendo como referência os pagamentos realizados pela CONTRATADA aos prestadores de serviços, acrescidos da taxa de administração apurada mensalmente.

Parágrafo primeiro. Para fins de facilitação da cobrança dos beneficiários, evitando oscilações bruscas, os valores das mensalidades de rateio foram estabelecidos com base na média histórica de despesa assistencial de cada faixa etária, conforme solicitação das CONTRATANTES.

Parágrafo segundo. A diferença entre o rateio das despesas assistenciais, os valores apurados pela média histórica de cada faixa etária e os descontos previstos no tema XIV será aportada em fundo específico vinculado a este contrato, que foi pactuado entre as CONTRATANTES e a CONTRATADA em 24/10/2015, que é administrado pela CONTRATADA por meio de regulamento próprio.

11.3 Além dos valores relativos ao rateio por faixa etária, as CONTRATANTES obrigam-se a pagar à CONTRATADA, os valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO eventualmente devidos, que serão calculados sobre os valores praticados na TABELA RPMU – Rol de Procedimentos Médicos Unimed, vigente na data do evento, conforme regulado no tema X do contrato.

11.4. Os serviços prestados serão rateados entre as CONTRATANTES, conforme critério definido acima e respectiva distribuição de beneficiários. Os valores individualizados, acrescidos dos valores de coparticipação, não impugnados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a data de emissão das faturas, de forma fundamentada, são reconhecidos pelas CONTRATANTES como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 784, inciso III do Código de Processo Civil.

Parágrafo único: Os valores impugnados aceitos pela CONTRATADA e já quitados pela CONTRATANTE serão creditados em fatura subsequente, na forma de desconto.

11.5. Os valores do rateio serão faturados mensalmente contra cada CONTRATANTE e pagos até seus respectivos vencimentos.

Parágrafo primeiro. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado no primeiro dia útil subsequente.

Parágrafo segundo. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

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

Parágrafo único. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, sendo realizados os acertos nas faturas subsequentes.

11.6. Na hipótese do responsável pelo pagamento não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências de mora.

11.7. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

11.8. O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição na forma e prazo acordado com a CONTRATANTE poderá ser excluído do plano a pedido da CONTRATANTE.

11.9. Em caso de rateio parcial praticado pelas CONTRATANTES junto aos seus respectivos COOPERADOS, a participação financeira das CONTRATANTES e do beneficiário no custeio do plano será ajustada em instrumento próprio, ressaltando que é vedado repasse integral aos beneficiários pelas CONTRATANTES.

TEMA XII – REAJUSTE

12.1. Os reajustes ocorridos nas tabelas praticadas pela CONTRATADA para remunerar os serviços prestados neste contrato serão automaticamente repassados às CONTRATANTES, haja vista tratar-se de plano na modalidade de pós-pagamento na opção rateio.

12.2. A CONTRATADA poderá rever o critério de rateio em periodicidade inferior a 12 meses, decorrente das análises de utilização e variação de custos dos serviços assistenciais por faixa etária.

Parágrafo único. A revisão de critério poderá implicar na mudança dos valores estabelecidos pela média histórica de despesas assistenciais, os quais foram utilizados para estabelecer a mensalidade de rateio, conforme parágrafo primeiro do item 11.2.

12.3. O valor do teto máximo da coparticipação será revisto na mesma oportunidade das análises previstas no item 12.2.

12.4. As mudanças de faixas etárias não caracterizarão reajuste para qualquer fim, uma vez que se referem ao reenquadramento dos valores rateados.

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. As CONTRATANTES reconhecem que as mensalidades de rateio, estabelecidas conforme parágrafo primeiro do item 11.2, obedecem a tabela abaixo, de acordo com os limites fixados pela RN 63/2003 da ANS:

Faixas Etárias	%
00 – 18	0%
19 – 23	25,75%
24 – 28	22,11%
29 – 33	22,62%
34 – 38	16,96%
39 – 43	8,50%
44 – 48	11,33%
49 – 53	9,27%
54 – 58	8,48%
> 59	7,82%

Parágrafo primeiro. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a mensalidade de rateio será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Parágrafo segundo. A revisão de critérios prevista no item 12.2 poderá acarretar na alteração da tabela acima.

13.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre a mensalidade de rateio, vigente na data do aniversário de cada beneficiário, não se confundindo com eventual mudança de valores gerada pela revisão de critérios prevista no item 12.2.

13.3. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando-se que a mensalidade de rateio estabelecida para a última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

13.4. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTO

14.1. A CONTRATADA concederá descontos progressivos no valor da mensalidade de rateio até o percentual **máximo** de 20% (vinte por cento), de acordo com a quantidade de dependentes inscritos no mesmo plano do titular, conforme tabela abaixo discriminada:

Titular	Titular+1 dependente	Titular+2 dependentes	Titular + 3 dependentes ou mais
0,00%	7,5%	15,00%	20,00%

Parágrafo primeiro: Os descontos percentuais supracitados não se aplicam aos eventuais valores devidos a título de coparticipação.

Parágrafo segundo: Havendo inclusão ou exclusão de beneficiários, os valores das mensalidades de rateio serão readequados automaticamente no mês seguinte à movimentação de acordo com a quantidade remanescente de beneficiários, concedendo-se ou retirando-se o desconto, alterando-se, consequentemente, os valores praticados por pessoa, conforme percentuais constantes na tabela acima.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

NÃO SE APLICA.

TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Será excluído do presente contrato:

- a) o beneficiário titular, quando perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) o beneficiário dependente, quando perder a condição que lhe assegurou o direito de inscrição (elegibilidade), conforme tema II – **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**;
- c) o beneficiário, por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação remetida à CONTRATADA;
- d) o beneficiário, por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações, por parte da CONTRATANTE ou pelo beneficiário, observado, no que couber, o disposto neste contrato, bem como na legislação aplicável;
- e) o beneficiário, quando houver a rescisão contratual, conforme prevê o tema XVII – **RESCISÃO/SUSPENSÃO**;
- f) o beneficiário, a pedido do titular, observadas as regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e
- g) o beneficiário, por óbito, devidamente comprovado, mediante comunicação remetida à CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. A exclusão do beneficiário titular implicará na exclusão automática dos seus dependentes inscritos no plano, salvo nos casos de óbito do cooperado, hipótese em que poderá ser mantido o grupo familiar já inscrito no plano, desde que um dos dependentes, maior e capaz, assumam a responsabilidade de pagamento junto à sua respectiva Singular UNIMED.

Parágrafo segundo. A permanência do grupo familiar do COOPERADO falecido, conforme previsto no parágrafo anterior, não implica em mudança de titularidade no plano, **tampouco garante a entrada de novos beneficiários naquele grupo familiar.**

16.2. A CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, respeitadas as regras de movimentação estabelecidas no item 2.6 do Tema II – **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**.

TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

17.2. O contrato poderá ser denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

Parágrafo primeiro. Acordam as partes que a CONTRATANTE se obriga a pagar à CONTRATADA eventuais valores pendentes de pagamento a título de rateio e/ou coparticipação originadas antes do término da relação contratual, ainda que a cobrança ocorra após o encerramento do contrato.

Parágrafo segundo. Além do disposto no parágrafo anterior, as CONTRATANTES que optarem pela rescisão contratual obrigam-se a seguir as regras estipuladas pelo fundo específico vinculado a este contrato, que foi pactuado entre as CONTRATANTES e a CONTRATADA em 24/10/2015.

Parágrafo terceiro. A falta de comunicação, nos termos desta cláusula, implica na subsistência das obrigações assumidas.

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

17.4. O presente contrato poderá ser rescindido ou suspenso a qualquer tempo, de forma motivada, quando:

a) qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;

b) ocorrer inadimplência das mensalidades de rateio e/ou coparticipações superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato;

c) Nas hipóteses de fraude contratual.

17.5. Havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a arcar com as respectivas despesas originadas a partir da data de encerramento do contrato até a alta hospitalar:

a) a parte que deu causa à suspensão ou rescisão do contrato; ou

b) a parte que primeiro manifestou o interesse pela rescisão do contrato.

Parágrafo único. Existindo interesse mútuo e imotivado pela descontinuidade da relação contratual, as partes arcarão igualmente com as respectivas despesas originadas a beneficiários internados, a partir da data de encerramento do contrato até a alta hospitalar.

TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO. A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br, de acordo com a rede de atendimento expressa no cartão de identificação do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve preencher adequadamente no

"site" o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à CONTRATADA.

Parágrafo Primeiro. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante do Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, sem, contudo, pertencerem à rede credenciada do plano ora contratado.

Parágrafo Segundo. Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no "site".

Parágrafo Terceiro. Caso o beneficiário tenha dificuldade em localizar prestador apto a realizar qualquer consulta/exame/procedimento coberto por este contrato, deverá comunicar a CONTRATADA através dos seus canais de atendimento.

18.2. Estão expressamente excluídos da rede credenciada vinculada ao presente contrato os seguintes prestadores:

Cnpj/Cpf	Nome Prestador	Município	UF
13518634000182	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	Alagoinhas	BA
13644877000167	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E O	Alagoinhas	BA
14022735000120	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA.	Alagoinhas	BA
14736706000120	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	Camaçari	BA
33917568000120	CLINICA SANTA HELENA S/C LTDA	Camaçari	BA
34326108000190	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CAMACARI LTDA.	Camaçari	BA
14373815000120	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA	Candeias	BA
15170723000459	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL	Lauro de Freitas	BA
3376102000102	BAHIA SERVICOS DE SAUDE S/A	Salvador	BA
13016092000140	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	Salvador	BA
13534771000100	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTDA	Salvador	BA
13592423000190	PROFEMINA CLINICA GINECOLOGICA E OBSTETRICA LTDA - ME	Salvador	BA
13808803000119	PROMEDICA PATRIMONIAL S/A	Salvador	BA
13926639000144	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	Salvador	BA
15166416000151	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO	Salvador	BA
15194004000125	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	Salvador	BA
610980000144	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	Brasília	DF
2572550000100	RA RADIOLOGIA LTDA	Brasília	DF
4868115000153	COTTA - CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE TAGUATINGA LTDA	Brasília	DF

6047087004126	REDE D OR SAO LUIZ S A	Brasília	DF
6047087004207	REDE DOR SAO LUIZ S A	Brasília	DF
10274528000102	LA FEMME GINECOLOGIA DE EXCELENCIA LTDA	Brasília	DF
12273890000194	INSTITUTO DO SONO DA ASA NORTE LTDA	Brasília	DF
13845429000121	ARTICULE - CENTRO MEDICO EM REUMATOLOGIA LTDA	Brasília	DF
18000366000126	UCI UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTEGRADA LTDA EPP	Brasília	DF
60884855002289	IMPAT SERVICOS HOSPITALARES S/A	Brasília	DF
72576143000157	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	Brasília	DF
92898550000600	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	Brasília	DF
86771219000100	ORTOTRAUMA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO MARANHÃO LTDA EPP	São Luís	MA
21299615000130	FUNDACAO OURO BRANCO	Ouro Branco	MG
2284062000106	HOSPITAL ESPERANÇA	Recife	PE
9866294000103	CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN	Recife	PE
10839561000132	HOSPITAIS ASSOC. DE PERNAMBUCO LTDA (H. STA JOANA)	Recife	PE
10892164000124	REAL HOSPITAL PORTUGUES	Recife	PE
11214624001957	HOSPITAL UNIMED RECIFE III - R JOSÉ DE ALENCAR	Recife	PE
11452240000143	HOSPITAL JAYME DA FONTE	Recife	PE
70237144000141	HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ LTDA	Recife	PE
39086160000998	COI CLINICAS ONCOLOGICAS INTEGRADAS S/A	Niterói	RJ
60884855001207	IMPAT SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA.	Niterói	RJ
173618000153	DH - DAY HOSPITAL LTDA	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ
9578217000158	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	Rio de Janeiro	RJ
28602407000108	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	Rio de Janeiro	RJ
29435005005198	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	Rio de Janeiro	RJ
29435005005279	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	Rio de Janeiro	RJ
29435005005783	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	Rio de Janeiro	RJ
31635857000101	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
33419482000178	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33419482000259	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33501214000109	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ
33722224000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	Rio de Janeiro	RJ
33964776000180	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ
60884855001630	IMPAT SERVICOS HOSPITALARES S/A	Rio de Janeiro	RJ
73696718000219	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	Rio de Janeiro	RJ
86748076000204	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	Rio de Janeiro	RJ
88625686002443	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS AESC	Porto Alegre	RS
92685833000151	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS
59042622000125	HOSPITALIS NUCLEO HOSPITALAR DE BARUERI LTDA	Barueri	SP
60840055001456	FLEURY S/A	Barueri	SP
61486650000183	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Barueri	SP
61486650005223	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Cotia	SP
61486650005657	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Guarulhos	SP

56339211000108	HOSPITAL E MATERNIDADE NOVA VIDA LTDA	Itapevi	SP
3995758000103	INSTITUTO INTEGRADO DE ONCOLOGIA S/C LTDA	Mogi das Cruzes	SP
60840055015678	FLEURY S/A	Osasco	SP
6047087000724	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S A	Santo André	SP
57482903000173	HOSPITAL E MATERNIDADE DR CHRISTOVAO DA GAMA S A	Santo André	SP
61486650001155	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
61486650016853	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
6047087000805	REDE DOR SAO LUIZ S A	São Bernardo do Campo	SP
61486650007862	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Bernardo do Campo	SP
2162577000125	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000206	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000397	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000630	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000710	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000982	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001016	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001369	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001440	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001792	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
5867898000113	GENOA BIOTECNOLOGIA HUMANA LTDA	São Paulo	SP
7676046000174	CLINICA DE RADIONCOLOGIA DE SAO PAULO- EIRELI	São Paulo	SP
19803199000114	HOSPITAL LEFORTE SA	São Paulo	SP
21371777000132	HOSPITAL BANDEIRANTES SA	São Paulo	SP
24344124000152	HOSPITAL SAMARITANO DE SAO PAULO LTDA	São Paulo	SP
43721026000131	GIP MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA	São Paulo	SP
43721026000212	GIP MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA	São Paulo	SP
43721026000484	GIP MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA	São Paulo	SP
45796554000266	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554000347	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001076	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP

45796554001157	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001238	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001408	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001580	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001661	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001742	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001823	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
50252998000190	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
50252998000513	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
50252998000602	CURA CENTRO DE ULTRASSONOGRRAFIA E RADIOLOGIA	São Paulo	SP
51634822000165	CLINICA MEDICA ESTRELA S/S LTDA	São Paulo	SP
53588216000186	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
53588216000267	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
56822786000187	CDTE - CENTRO DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA ENDOSCOPICA LTDA	São Paulo	SP
60453024000390	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	São Paulo	SP
60678604000113	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60678604000202	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60726502000126	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP
60765823000130	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823000644	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823000806	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823000997	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823001292	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60765823001705	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSITEN	São Paulo	SP
60777901000116	HOSPITAL SANTA PAULA LTDA	São Paulo	SP
60840055010285	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010447	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010790	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055011095	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014604	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014787	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014868	FLEURY S/A	São Paulo	SP



60840055014949	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015082	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015163	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019401	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019827	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055020400	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60884855000316	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES SA	São Paulo	SP
60922168000771	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	São Paulo	SP
60961968000106	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP
60975737000232	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737001204	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737005110	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60992427000650	BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
61213674000240	FUNDACAO JOSE LUIZ EGYDIO SETUBAL	São Paulo	SP
61486650000507	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650000698	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001317	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001406	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001589	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001902	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650002046	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650003441	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650006386	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650007609	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650008168	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650015610	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650016772	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650018716	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650019011	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650021342	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61590410000124	SOC.BENEF.DE SENH.HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP
61699567000192	SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	São Paulo	SP
62106505000192	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA	São Paulo	SP
96522842000182	CENTRO MEDICO SINGAL LTDA	São Paulo	SP

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

18.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

18.4. Fazem parte do presente contrato a planilha de inclusão, o guia de leitura contratual e o Regulamento da Reserva Financeira do PAC datado de 24/10/2015.

Parágrafo Único. É de responsabilidade das CONTRATANTES a distribuição do guia de leitura contratual a todos os beneficiários titulares vinculados ao presente contrato.

18.5 A CONTRATADA possui o direito de obter junto aos prestadores cópias dos prontuários e afins referentes aos atendimentos relacionados aos beneficiários deste plano e por si custeados.

18.6. A CONTRATANTE ressarcirá a CONTRATADA por todo e qualquer prejuízo ou dano que lhe tenha causado.

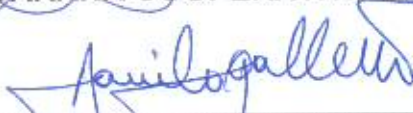
Tema XIX - Eleição do Foro

19.1 Fica eleito o foro do domicílio do(a) 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, 1º de junho de 2018.


UNIMED APUCARANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED CASCAVEL – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED DE CIANORTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED COSTA OESTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS


UNIMED FOZ DO IGUAÇU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

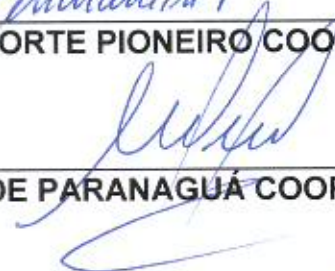

UNIMED GUARAPUAVA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

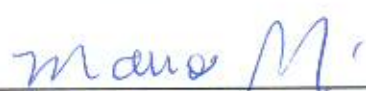

UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED NOROESTE DO PARANÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED NORTE DO PARANÁ COOPERATIVA REGIONAL DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED DE PARANAGUÁ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED DE PARANAVAI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED PATO BRANCO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

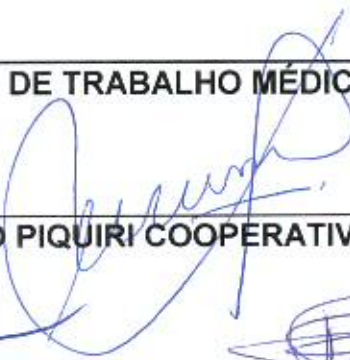

UNIMED PONTA GROSSA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED REGIONAL DE MARINGÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE MAFRA E RIO NEGRO

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO VALE DO IGUAÇU


UNIMED VALE DO PIQUIRI COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS
COOPERATIVAS MÉDICAS

Testemunhas:

Nome: _____
CPF/MF: _____

Nome: _____
CPF/MF: _____





