

Registro 459255087 **ANS:** 312720 **C.N.P.J:** 78.339.439/0001-30
Razão Social: UNIMED DO ESTADO DO PARANA FEDERACAO ESTADUAL
DAS COOPERATIVAS MÉDICAS.

Aditivo Contratual – Resolução Normativa 309

a) Qualificação da operadora

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

b) Qualificação da contratante

SINDICATO DOS ADMINISTRADORES DO ESTADO DO PARANÁ
CNPJ: 77.974.434/0001-17
Rua Emiliano Pernetá, 297, Centro – Curitiba / PR – CEP 80010-050.

c) Objeto do Aditamento

Trata-se de um Termo de Aditamento ao contrato de Prestação de Serviços Médico-hospitalares, celebrado em 01/05/2009, cujo objeto é produto registrado na ANS sob o n.º 459.255/08-7, que, em atendimento às obrigações impostas pela Lei 9656/98 e regulamentação vigente, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, passa a alterar e adequar o Plano Privado de Assistência à Saúde contratado, **cuja as cláusulas e condições pactuadas passam a vigor com a seguinte redação:**

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656, de 3 de junho de 1998, de prestação continuada de serviços a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA,

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII – **DISPOSIÇÕES GERAIS**.

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

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Permanece inalterada, conforme Clausula X do contrato original firmado, em razão de decisão judicial favorável à Contratante.

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 através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010 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 cobertura dos prestadores de alto custo elencados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS, bem como, para fins de liberação, as 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 consulta e sessões com fonoaudiólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



Parágrafo único. Para as patologias não mencionadas na diretriz de utilização da norma supracitada, fica garantida a cobertura até o limite de 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual.

3.1.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, desde que solicitado pelo médico assistente, limitada a 18 (dezoito), 12 (doze) ou 6 (seis) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.

3.1.5. Cobertura de consulta e sessões com terapeuta ocupacional, desde que solicitado pelo médico assistente, limitada a 40 (quarenta) ou 12 (doze) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.

3.1.6. Cobertura de psicologia, desde que solicitado pelo médico assistente, limitada a 40 (quarenta) sessões por ano contratual, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.

3.1.7. Cobertura de psicoterapia, desde que solicitado pelo médico assistente, limitada a 12 (doze) sessões por ano contratual, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo quanto por médico devidamente habilitado, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.

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

3.1.9. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, desde que previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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, ou ambulatórios;**

c) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, 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 211/10 e suas atualizações;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.10. 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:

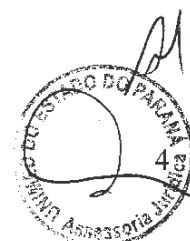
a) Miopia moderada e grave, entre - 5,0 e - 10,0 graus, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0. ou,

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

3.1.11. 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 para a CONTRATADA.

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



3.1.12. 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.

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

3.1.14. Cobertura de profissional médico anestesiológista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, caso haja indicação clínica.

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

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

3.1.17. 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.**

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

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.

3.1.19. 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 211/10 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, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente**

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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 ou ambulatórios;

c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, para os segmentos 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 211/10 e suas atualizações;

g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista **prevista no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10** e suas atualizações;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10** e suas atualizações;

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;

3.1.20. 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 211/10** e suas atualizações.

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

3.1.22. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e convencional.

3.1.23. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos (RN nº 211/2010) e suas atualizações, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, em hospitais credenciados, sendo garantida a cobertura de exames complementares previstos

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



neste contrato, solicitados pelo profissional executante, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.1.24. 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, excluídos os honorários do cirurgião dentista e materiais odontológicos, com cobertura de exames complementares previstos no ROL médico (RN N° 211/10) solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.1.25. Cobertura de transplante de medula, 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, **excluídos os medicamentos de manutenção**;
- d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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.

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

3.1.26.1. 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 autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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.

3.1.26.2. Nível Hospitalar: fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, em prestador credenciado, cabendo ao CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO o pagamento de coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela CONTRATADA.

3.1.27. Cobertura dos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas.

3.1.28. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II** da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262/2011 e suas atualizações.

3.1.29. Cobertura de despesas de alimentação fornecida pela entidade hospitalar para acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

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

a) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;

b) 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. Ultrapassado o prazo estabelecido (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.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

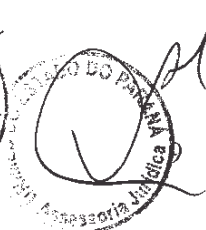
4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso off-label);
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e 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, clínicas 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) 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 ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatorios);
- h) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, 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,

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;

- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de córnea, rim e de medula listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações;
- l) Consultas e demais atendimentos domiciliares;
- m) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 (e suas atualizações) e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;
- n) Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 211/10 e suas atualizações;
- o) Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- p) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) 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.

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

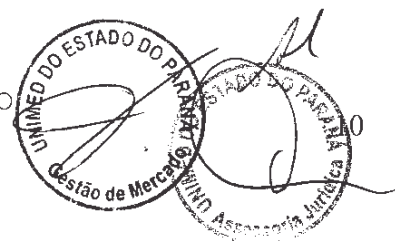
Permanece inalterado, conforme contrato original clausula XIII – VIGENCIA.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Estão previstas neste contrato as seguintes CARÊNCIAS:

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

Rua Antonio Camilo, 283 | Tarumã | 82530-450 | Curitiba - PR | Tel.: 41 3219.1500
SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009
www.unimed.coop.br/parana



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

b) Consultas médicas - 30 (trinta) dias;

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

d) Fisioterapias - 90 (noventa) dias;

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

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

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

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

a) Os beneficiários vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE desde que a solicitação de inscrição no plano ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração deste contrato;

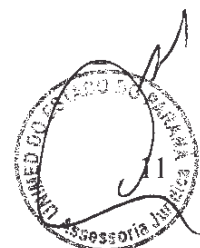
b) Os beneficiários que vierem a se vincular à CONTRATANTE após o transcurso do prazo acima, desde que **formalizem sua adesão ao plano em até 30 (trinta) dias a contar da data do aniversário contratual imediatamente posterior à sua vinculação à CONTRATANTE.**

6.3. **Excetuando-se as condições citadas no item anterior, no curso de vigência deste contrato, caberá a todos os novos beneficiários inclusos o cumprimento das carências.**

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



Parágrafo Primeiro. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas atualizações.

Parágrafo Segundo. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.2. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Parágrafo Primeiro. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

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

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

7.4. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



Parágrafo Segundo. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada ou constatada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

Parágrafo Terceiro. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

7.5. Caso a CONTRATADA não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

7.6. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

Parágrafo Único. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br

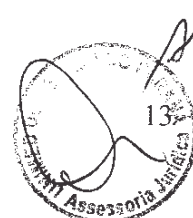
7.7. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo Único. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos limites deste contrato, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.8. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



Parágrafo Único. A CONTRATADA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

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

7.11. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.12. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

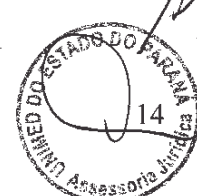
8.3. É assegurada a cobertura para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, após 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário.

8.4. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão até a alta do paciente, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.

8.6. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária – CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.

8.7. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.8. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário, dentro dos limites de cobertura geográfica do plano, nas seguintes situações:

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

b) Depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS**;

Parágrafo Primeiro. A remoção para outro hospital a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida.

Parágrafo Segundo. Nos casos de remoção previstos no item "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de vida, 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.

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



8.9 É garantido 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.

Parágrafo único. O reembolso será efetuado **de acordo com a TABELA UNIMED REFERÊNCIA** vigente na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e de acordo com os preços médios de mercado, para materiais e medicamentos, considerando o prazo de até 30 (trinta) dias da entrega completa dos documentos originais abaixo relacionados:

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

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

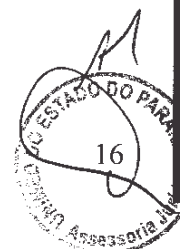
8.9.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 NÃO SE APLICA.

TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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

10.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo **CONTRATANTE** diretamente à **CONTRATADA**, de acordo com os valores praticados na **TABELA UNIMED REFERÊNCIA**, após a realização dos procedimentos, nas condições abaixo.

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

Parágrafo primeiro. Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas em consultório e pronto socorro, fisioterapias, acupunturas, exames e procedimentos de diagnose e terapia, realizados em consultório médico, em clínicas, laboratórios e hospitais, em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo segundo. A coparticipação será cobrada por procedimento realizado e não por amostra, ou seja, em um exame de sangue, por exemplo, retira-se uma amostra para realização de exames, mas é possível realizar vários exames/procedimentos. Nesta hipótese a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos realizados na amostra.

10.1.2. Na internação psiquiátrica de beneficiários, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no tema **III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, haverá controle mediante coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela **CONTRATADA**.

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

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão da segunda via do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas no tema XII - REAJUSTE.

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

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

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

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

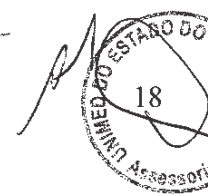
Parágrafo Primeiro. A Autorização Prévia de que trata as alíneas 'b' e 'c', será fornecida no prazo máximo de 1 (um) dia útil, contado do recebimento da solicitação médica completa (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência).

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

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

Parágrafo Quarto. O plano ora contratado não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação publicada no site www.unimed.coop.br, sendo

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



expressamente excluída a cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII - Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico.

Parágrafo Quinto. Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9656/98, com comunicação prévia nos casos de substituição da rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO: A CONTRATADA poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, **tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências**, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Permanece inalterada, conforme cláusulas XX e XXVI do contrato original, em razão da decisão judicial favorável à CONTRATANTE.

TEMA XII - REAJUSTE

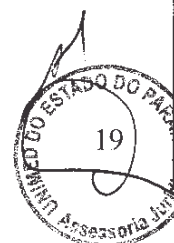
12.1.1. Este contrato integrará o agrupamento de contratos quando o número de beneficiários for inferior a 30 vidas, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da ANS, de 24 de outubro de 2012, e suas atualizações.

12.1.2. A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato pertencerá ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

12.1.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

12.1.4. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.2.

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



12.1.5. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.3.

12.1.6. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico desta operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

12.2. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

12.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o teto máximo de coparticipação, previsto no item 10.1.1, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de Reajuste Máximo autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais/familiares, para o período de referência antecedente, conforme publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre os meses de janeiro e dezembro.

Parágrafo Único. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.2.1., será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.2.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 30 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de janeiro e dezembro.

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2.2., este deverá ser procedido de

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



forma complementar ao especificado no item 12.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento observará o disposto neste item.

12.3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o teto máximo de coparticipação, previsto no item 10.1.1, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice de Reajuste Máximo autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais/familiares, vigente na data do reajuste, conforme publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 4 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

Parágrafo Único. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.3.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

12.3.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



12.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

12.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

12.7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

Parágrafo único. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se 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

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

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



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

Permanece inalterado, conforme pactuado.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Não se aplica.

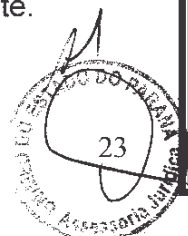
TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Serão excluídos do presente contrato, o beneficiário titular juntamente com seus dependentes, quando:

- a) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- c) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- d) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme tema II – **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê o tema XVII – **RESCISÃO/SUSPENSÃO**; e,
- g) 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 tema II – **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**.
- h) 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.

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."



TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

Permanece inalterada, nos termos das cláusulas XXV e XXVI do contrato original, em razão da decisão judicial favorável à CONTRATANTE.

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”.

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

UF	PRESTADOR	CNPJ
BA	CENTRO DE MEDICINA HUMANA SC LTDA	2106150000614
BA	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA	2989485000113
BA	BAHIA SERVICOS DE SAUDE SA	3376102000102
BA	OKYTA CLINICA LTDA	4672875000190
BA	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA	5261406000141
BA	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR	5469172000122
BA	MEDTOWER INVESTIGACAO DIAGNOSTICA LTDA	5542437000170
BA	BIOFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	6039768000155
BA	LABLID LABORATORIO DE DIAGNOSTICOS LTD	6925489000199
BA	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	9367238000124
BA	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	13016092000140
BA	HOSPITAL SOBABY LTDA	13266929000370
BA	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	13518634000182

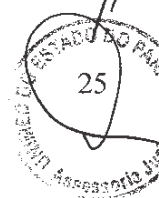
“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”



BA	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD	13534771000100
BA	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLO	13644877000167
BA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRA	13745336000125
BA	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A	13805940000108
BA	PROMEDICA PATRIMONIAL SA	13808803000119
BA	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	14022735000120
BA	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO L	14373815000120
BA	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	14736706000120
BA	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO	15140254000182
BA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	15153745000249
BA	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA LTDA	15171093000194
BA	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	15194004000125
BA	HOSPITAL MATERNIDADE SANTO AMARO	15893159000150
BA	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33917568000120
BA	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA	34326108000190
BA	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE	34326140000176
BA	CHECK CARDIO CLINICA CARDIOLOGICA SOCIED	42251116000143
BA	CHECK CARDIO CLINICA CARDIOLOGICA SOCIED	42251116000224
BA	LITHOCENTER HOSPITAL DIA SOCIEDADE SIMPL	63259618000190
BA	HOSPITAL JAAR ANDRADE	97397848000138
DF	HOSPITAL LAGO SUL SA	382069000127
DF	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	610980000144
DF	INSTITUTO MEDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA	1869367000109
DF	RADIOLOGIA ANCHIETA LTDA	2572550000100
DF	ISOB INSTITUTO DE SAUDE DE OLHOS BRASI	3056609000170
DF	CARPEVIE CENTRO DE MEDICINA INTEGRADA	3365389000167
DF	LAF EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES L	4021368000278
DF	CLINICA SANTA NATIVIDADE LTDA	4158100000100
DF	CLIMEGO CLINICA MEDICA DE GINECOLOGIA E	4258512000103
DF	CENTRO CLINICO AMMA LTDA	4862313000100
DF	REDE D OR SAO LUIZ S A	6047087004126
DF	REDE DOR SAO LUIZ S A	6047087004207
DF	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO LTDA	6160688000153
DF	OTO CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E OR	7829258000144
DF	CLINICA DO RENASCER LTDA	26989129000168
DF	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S	29435005004620
DF	CENTRO DE CONVIVENCIA E ATENCAO PSICOSSO	36767721000179
DF	HOME HOSPITAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA	37108388000159
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037265
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037346
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037427

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

Rua Antonio Camilo, 283 | Tarumã | 82530.450 | Curitiba - PR | Tel.: 41 3219.1500
SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009
www.unimed.coop.br/parana

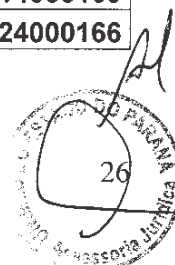


ANS - nº 312720

DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037508
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650037770
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038075
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038156
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038237
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038318
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038407
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038580
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038660
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038822
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650038903
DF	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61486650040720
DF	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	72576143000157
DF	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	92898550000600
PE	HOSPITAL ESPERANÇA	2284062000106
PE	CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN	9866294000103
PE	HOSPITAIS ASSOC. DE PERNAMBUCO LTDA (H.	10839561000132
PE	REAL HOSPITAL PORTUGUES	10892164000124
PE	HOSPITAL UNIMED RECIFE III	11214624001957
PE	HOSPITAL JAYME DA FONTE	11452240000143
PE	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE LTDA	70237144000141
RJ	DH - DAY HOSPITAL LTDA	173618000153
RJ	CENTRON - CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLOGIC	2864097000106
RJ	MEIER MEDICAL CENTER S/C LTDA	3410722000102
RJ	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	4023995000248
RJ	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	6047087000996
RJ	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	6047087001020
RJ	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	9578217000158
RJ	HOSPITAL DE CLINICAS DE NITEROI LTDA	27781293000148
RJ	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	28602407000108
RJ	MEDISE MEDICINA DIAGNOSTICO E SERVICOS L	29259736000241
RJ	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	29435005005198
RJ	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	29435005005279
RJ	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	31635857000101
RJ	HOSPITAL ICARAI - CLINICA SAO GONCALO LT	31671480000308
RJ	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	32154700000127
RJ	CLINICA MEDICO CIRURGICA BOTAFOGO S A	33171638000144
RJ	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33419482000178
RJ	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33419482000259
RJ	CLINICA DA GAVEA S A	33501214000109
RJ	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	33722224000166

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

Rua Antonio Camilo, 283 | Tarumã | 82530.450 | Curitiba - PR | Tel.: 41 3219.1500
SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009
www.unimed.coop.br/parana



ANS - nº 312720

RJ	CLINICA SOROCABA S A	33765553000194
RJ	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	33964776000180
RJ	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	60922168000348
RJ	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	73696718000219
RJ	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	86748076000204
RS	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	88625686002443
RS	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	92685833000151
SC	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	84694405000167
SP	CLINICA INTEGRADA SIMMM S/S LTDA	5401758000155
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000139
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000210
SP	REDE D OR SAO LUIZ S/A	6047087000309
SP	HOSPITAL E M S L S - U BRASIL	6047087000724
SP	HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. UNID. ASSUNCAO	6047087000805
SP	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	60453024000390
SP	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	60544244000167
SP	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	60678604000113
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	60678604000202
SP	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	60726502000126
SP	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	60777901000205
SP	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES S/A	60875226000168
SP	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	60922168000771
SP	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	60961968000106
SP	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA	60975737000232
SP	FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV	61062212000198
SP	CLINICA PEDIATRICA DE URGENCIA S/C LTDA.	61190211000129
SP	HOSPITAL INFANTIL SABARA S.A.	61213674000240
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000183
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000345
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000507
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650000698
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001074
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001317
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001406
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001589
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650001660
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650002046
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650003441
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650005223
SP	DELBONI & A - D D A S/A	61486650005657
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650006386

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

Rua Antonio Camilo, 283 | Tarumã | 82530.450 | Curitiba - PR | Tel.: 41 3219.1500
 SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009
 www.unimed.coop.br/parana



ANS - nº 312720

SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650007609
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650008087
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650008168
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650015610
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650016772
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650018716
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650019011
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650021342
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650023396
SP	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61486650062022
SP	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP. SIRIO LIBANES	61590410000124
SP	REAL BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA BE	61599908000158
SP	REAL BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA BE	61599908001553
SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	62779145000190
SP	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL	66750613000154
SP	SOC BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	60765823000130
SP	SOC BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN	60765823000806

Parágrafo único. A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre consultada a relação dos prestadores disponíveis para o plano, divulgada no site www.unimed.coop.br.

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

18.4. Fazem parte do presente contrato a Proposta Comercial, a Declaração de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e a planilha de movimentação cadastral.

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

Tema XIX - Eleição do Foro

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

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

Rua Antonio Camilo, 283 | Tarumã | 82530.450 | Curitiba - PR | Tel.: 41 3219.1500
SAC 0800 41 4554 | Deficientes auditivos 0800 642 2009
www.unimed.coop.br/parana



ANS - nº 312720

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

Curitiba 26 de dezembro de 2013.

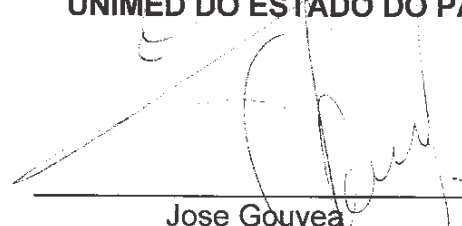
SINDICATO DOS ADMINISTRADORES DO ESTADO DO PARANÁ

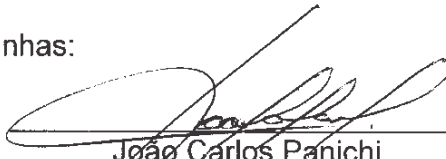
Dr. Orestes Barrozo Sf. Tullio
Diretor Presidente
Unimed do Estado do Paraná

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

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

Testemunhas:


Jose Gouvea
CPF/MF: 024.329.439-53


João Carlos Panichi
CPF/MF: 605.599.939-00

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."

