

**Registro:** 463.987/11-1      **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 COP CONSULTAS AP. MATER PERSONAL  
ADESÃO

**Contratação:** Coletivo por adesão

**Segmentação:** AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

**Instrumento Jurídico**

**a) Qualificação da operadora**

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

**b) Qualificação das contratantes**

**Razão Social:** ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL EM CURITIBA

**Nome Fantasia:** ASPF CURITIBA

**CNPJ:** 04.393.442/0001-04

**Endereço:** AV PARANÁ, 3861, BOA VISTA, CURITIBA – PR, CEP 82620-360;

**Razão Social:** ASPOFER – DIONISIO CERQUEIRA

**Nome Fantasia:** ASPOFER

**CNPJ:** 05.916.152/0001-52

**Endereço:** Rua Republica Argentina, 259, Centro, Dionísio Cerqueira – SC, CEP 89950-000;

**Razão Social:** ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL EM SANTA CATARINA – ANSEF/SC

**Nome Fantasia:** ANSEF/SC

**CNPJ:** 04.488.352/0001-99

**Endereço:** Rua Jose Cândido da Silva, 144, São José, Florianópolis - SC – CEP 88075-250;

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

*Sérgio Luis Guaraldi*  
Presidente  
ANSEFISC





Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL EM FOZ DO IGUAÇU  
Nome Fantasia: ASPF FOZ DO IGUAÇU  
CNPJ: 05.927.235/0001-47  
Endereço: RUA CURUARU, 104, JARDIM PETROPOLIS, FOZ DO IGUAÇU – PR, CEP 85868-100;

Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLICIA FEDERAL EM GUAIRA  
Nome Fantasia: ASPF GUAIRA  
CNPJ: 04.672.765/0001-29  
Endereço: Rua Sgt. Marcelino Rollon, 337, Centro, Guaira – PR, CEP 85980-000;

Razão Social: ANSEF / ITAJAI  
Nome Fantasia: ANSEF / ITAJAI  
CNPJ: 00.537.597/0072-00  
Endereço: Rua XV de Novembro, 348, Centro, Itajaí – SC, CEP 88301-420;

Razão Social: ASPF – JOINVILLE  
Nome Fantasia: ASPF - JOINVILLE  
CNPJ: 05.482.828/0001-47  
Endereço: Rua Jose Elias Giuliari, 72, Boa Vista, Joinville – SC, CEP 89205-310;

Razão Social: A.P.F.L. - ASSOCIAÇÃO DOS POLICIAIS FEDERAIS EM LONDRINA  
Nome Fantasia: ASPF LONDRINA  
CNPJ: 04.295.534/0001-43  
Endereço: Rod. Mabio Gonçalves Palhano, S/N, Aviação Velha, Londrina – PR, CEP 86.001-970;

Razão Social: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FUNCIONÁRIOS DA POLICIA EM PARANAGUÁ  
Nome Fantasia: ANSEF PARANAGUÁ  
CNPJ: 00.537.597/0044-48  
Endereço: RUA MANOEL BONIFACIO, 309, CENTRO, PARANAGUA – PR, CEP 83.203-150;

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

NOME COMERCIAL: **UNIMED COP CONSULTAS AP. MATER PERSONAL ADESÃO**

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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



*Marcelino Vieira de Freitas*  
Presidente

ANS - n.º 312720



Nº REGISTRO DO PRODUTO ANS: 463.987/11-1

**C) Tipo de contratação**

COLETIVO POR ADESÃO

**D) Segmentação assistencial do plano de saúde**

AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

**E) Área geográfica de abrangência do plano de saúde**

A área de abrangência geográfica do presente contrato é NACIONAL.

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

EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

**G) Padrão de acomodação em internação**

INDIVIDUAL (apartamento).

**H) Formação do preço**

Pré-estabelecido.

**I) Serviços e coberturas adicionais**

NÃO SE APLICA.

**TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 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, **observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII.**

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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



ANS - n.º 312720



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

## TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

a) não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;

**b) o número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato é de 1000 (mil) vidas;**

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

d) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:

d1. Contrato e termo de concordância com a proposta comercial;

d2. Planilha de movimentação cadastral;

d3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e todos os seus dependentes eventualmente inscritos;

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

d5. Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência dos beneficiários inscritos;

d6. Declaração comprovando vínculo associativo dos beneficiários inscritos.

e) A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através de planilha de movimentação cadastral, podendo suspender, incluir ou excluir beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão.

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

4



ANS - n.º 312720



**Parágrafo único: Fica estabelecido que é de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE a movimentação de beneficiários supracitada.**

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

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

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

2.3. São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;
- c) o enteado, a criança ou adolescente sob a guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial solteiro até 35 (trinta e cinco) anos incompletos;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes.
- f) netos (as) com até 21 anos de idade, sob guarda do beneficiário titular ou filho (a) de dependente inscrito no plano.2.3.1. É assegurada a inscrição do recém nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, mediante apresentação da Certidão de Nascimento, **desde que:**

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

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

5



ANS - n.º 312720



**b) o beneficiário tenha direito à cobertura do parto pela CONTRATADA e tenha cumprido a carência.**

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

**2.3.3. A adesão dos dependentes dependerá da participação do beneficiário titular no plano de saúde, devendo ser escolhido o mesmo padrão de acomodação para todos (dependentes e titular).**

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

2.3.5. É obrigação e responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, com nomes e qualificação completa, inclusive, número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome completo da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros, sob pena de infração contratual.

2.3.6. Fica a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares.

### **TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

3.1. **A CONTRATADA assegurará, aos beneficiários inscritos no presente plano, a cobertura de todas as doenças relacionadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº- 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010, e suas atualizações, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados na Cláusula XVIII, bem como, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, obedecida a segmentação e área de abrangência do plano contratado, assegurada independentemente do local de origem do evento, conforme especificado abaixo:**

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

6



ANS - n.º 312720



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

**Parágrafo único: Para 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 para tratamento de diabetes, limitadas a 12 (doze) consultas ou sessões por ano contratual, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO I da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações.**

**Parágrafo único: Para as demais patologias, fica garantida a cobertura até o limite de 6 (seis) consultas ou sessões por ano contratual.**

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

3.1.6. Cobertura de psicoterapia, **limitadas a 40 (quarenta) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constante no **ANEXO I** da

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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



ANS - n.º 312720



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;

3.1.7. 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;

3.1.8. 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;

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; e

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

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

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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

8



ANS - n.º 312720



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

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

3.1.11. 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;

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

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

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

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

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

3.1.17. Cobertura para a remoção do paciente, solicitada pelo médico assistente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





hospitalar credenciado, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

3.1.18. 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 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 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, **quando em internamento hospitalar coberto;**

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:

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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

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

3.1.19. 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 211/10** 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 regulamentam esta matéria**;

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

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

3.1.23. Cobertura **em prestador credenciado** da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, excluído os honorários do cirurgião dentista, com cobertura de exames complementares previstos no ROL médico (RN 211/10) solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;

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

a) despesas assistenciais com doadores vivos,

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





- b) medicamentos utilizados durante a internação,
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção,
- d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS. Os candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

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

3.1.25.1 Nível Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) tratamento básico, aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico e demais procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 211/10 e suas atualizações, solicitados pelo médico assistente;

**3.1.25.2. Nível Hospitalar: fica garantido o tratamento de beneficiários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar em prestadores credenciados, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, conforme condições abaixo.**

**Parágrafo único - As internações de beneficiários portadores de transtornos mentais, estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, observada a TABELA UNIMED REFERÊNCIA, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos**

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

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

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

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

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

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

**3.1.28. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, conforme DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO I da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações;**

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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





- a) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, 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 na cláusula 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:**

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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

- o) todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RN nº 211/10 e suas atualizações;
- p) procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato;
- q) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- r) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, sejam realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos.

#### TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

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

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

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

Parágrafo Terceiro. O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

Parágrafo Quarto. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de adesão dos mesmos ao contrato.

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

#### TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





6.1. Serão isentos do cumprimento de carência os beneficiários já devidamente vinculados à pessoa jurídica CONTRATANTE e cuja solicitação de inscrição no plano ocorra até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração deste contrato.

**Parágrafo Primeiro.** Os beneficiários que solicitarem sua inscrição no plano a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da celebração deste contrato, cumprirão as carências normais definidas neste contrato.

**Parágrafo Segundo.** Os novos beneficiários que vierem a se vincular à CONTRATANTE após os 30 (trinta) dias da celebração deste contrato, serão isentos do cumprimento das carências contratuais desde que façam sua adesão ao plano até 30 (trinta) dias a contar da data de cada aniversário deste contrato.

6.2. Excetuando-se os períodos citados nos item anterior, no curso de vigência deste contrato, caberá a todos os novos beneficiários inclusos o cumprimento de carência.

6.3. Estão previstas neste contrato as seguintes **CARÊNCIAS CONTRATUAIS**:

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

b) Consultas médicas - 30 dias.

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

d) Fisioterapias - 90 dias.

e) Demais coberturas (exceto parto a termo) - 180 dias.

f) Parto a termo – 300 dias.

#### TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O beneficiário ou seu representante legal está obrigado, por ocasião da inscrição, a informar, por si e por seus dependentes, ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





7.1.1. Entende-se por doença e lesão preexistente como aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação ou adesão ao plano.

7.2. Os beneficiários têm a opção de serem orientados por um médico no preenchimento da declaração de saúde.

7.3. A informação será prestada, por meio de declaração de saúde, em formulário específico fornecido pela CONTRATADA.

7.4. Na declaração de saúde, o beneficiário ou seu representante legal deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação, de seu conhecimento, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela CONTRATADA de eventuais prejuízos.

7.5. É condição prévia para a inclusão de cada beneficiário a apresentação da declaração de saúde acima mencionada, onde conste ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente.

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

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

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

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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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

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

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

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

## 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 ou Cobertura Parcial Temporária – CPT, o atendimento de urgência e emergência 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 as

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

**Parágrafo segundo:** Estando o beneficiário em cumprimento de carência ou CPT, 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 operadora.

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

**Parágrafo único:** O reembolso de que trata este item, **será efetuado de acordo com os valores da TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigentes na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS, vigentes à data do evento**, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do fim do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:

a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificação dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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.

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

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

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

Parágrafo Terceiro. Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" do caput, a

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





**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 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 CO-PARTICIPAÇÃO:** 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 e nas condições abaixo.

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

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

**10.1.2 Nas Internações para os beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização, estão sujeitas à**

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

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

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

**10.1.3 FICA ESTABELECIDO A CO-PARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, ABAIXO DESCRITAS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 87,00 (OITENTA E SETE REAIS) POR CONSULTA, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:**

**Parágrafo único:** Haverá co-participação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais realizadas em consultório e pronto socorro de hospitais em regime ambulatorial.

**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(a) 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, o(a) CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão de uma segunda via

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

23



ANS - n.º 312720



do cartão é de R\$ 5,00 (cinco reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas na Cláusula de Reajuste de Preços.

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

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

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

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

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

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

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

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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



Handwritten signatures and stamps in blue ink.



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

#### 10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO:

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

#### TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos, acrescidos dos valores decorrentes da CO-PARTICIPAÇÃO contratada, a qual será calculada sobre os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigente na data do evento.

Parágrafo único: O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA a mensalidade de seus beneficiários inscritos neste contrato, constantes na Proposta Comercial, acrescidos dos eventuais valores cobrados a título de co-participação.

11.1. As mensalidades e as co-participações, previstas na cláusula 'Mecanismos de Regulação', serão pagas pelo CONTRATANTE, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta Comercial, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

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

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

11.4. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

25



ANS - n.º 312720



monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

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

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

## TEMA XII - REAJUSTE

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

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

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

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

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

§3º Compõem as despesas administrativas:

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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

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

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

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

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

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

**TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS**

13.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se os percentuais abaixo:

Faixas Etárias	%
00 – 18	0,00%
19 – 23	45,23%
24 – 28	0,00%
29 – 33	0,00%
34 – 38	0,00%
39 – 43	30,83%
44 – 48	0,00%

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





49 - 53	67,87%
54 - 58	0,00%
> 59	0,00%

**13.2. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.**

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

**13.4. 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.**

#### **TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTO**

14.1. Para o presente contrato coletivo, em razão da primeira massa de beneficiários inscritos, foi concedido desconto de 30% (trinta por cento) sobre o valor das mensalidades, cujos valores, já observado o desconto mencionado, constam na Proposta Comercial.

**Parágrafo primeiro: O desconto supracitado não se aplica aos eventuais valores devidos a título de co-participação.**

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

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

15. Não se aplica.

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

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

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

b) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





- 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 cláusula 'Condições de Admissão';
- e) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA, seja em decorrência legal ou para comprovação do vínculo com a CONTRATANTE;
- f) o contrato for rescindido, conforme prevê a cláusula 'Suspensão ou Rescisão Contratual'.

Parágrafo Primeiro. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições de vínculo dos beneficiários titulares com a CONTRATANTE e a condição de dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

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

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 a cláusula 'Condições de Admissão'.

## TEMA XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

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

§1º - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§2º Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





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 rescindir-se-á, também:

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

Parágrafo primeiro. Na hipótese de redução do número de beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de beneficiários faltantes.

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

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

## TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

**18.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO.** A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita aos prestadores de serviços listados no sítio indicado na Cláusula Mecanismos de Regulação, qual seja, [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br). Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os abaixo listados, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, os quais não fazem parte da rede credenciada neste plano contratado. O Plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da lista do "site" vinculados ao presente produto. Para ter acesso a sua rede, cada beneficiário deve

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





preencher adequadamente no “site” o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à Contratada.

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

UF	PRESTADOR	CNPJ
AP	SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO	60975737000909
BA	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA	2989485000113
BA	BAHIA SERVIÇOS DE SAÚDE S/A	3376102000102
BA	COOP. DE SERVIÇOS E REC. P. MED.DO SIST	4298699000250
BA	HOSPITAL AEROPORTO LTDA	4602792000125
BA	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA	5261406000141
BA	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR	5469172000122
BA	HOSPITAL SALVADOR SERVICOS DE SAUDE LTDA	5512809000116
BA	LEITE ORNELAS SERVICOS DE SAUDE LTDA	7452277000102
BA	HOSPITAL DE ILHEUS LTDA	7947587000190
BA	HOSPITAL AGNUS DEI	8147477000106
BA	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	9367238000124
BA	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	9367238000124
BA	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	9367238000124
BA	SAMH SERVICOS DE ASSISTENCIA MEDICO HO	11465823000109
BA	HOSPITAL ALIANÇA S/A	13016092000140
BA	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	13016092000140
BA	HOSPITAL ALIANÇA S/A	13016092000140
BA	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	13016092000140
BA	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	13518634000182
BA	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD	13534771000100
BA	PROBABY - CLINICA INFANTIL E URGÊNCIAS L	13534771000100
BA	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD	13534771000100
BA	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLO	13644877000167
BA	PROMEDICA PATRIMONIAL SA	13808803000119
BA	AMECA ATENDIMENTO MÉDICOS DE CATU LTDA	13869201000171
BA	MONTE TABOR CEN ITALO BRASILEIRO DE PROM	13926639000144
BA	MONTE TABOR CEN ITALO BRASILEIRO DE PROM	13926639000144
BA	INSTITUTO CARDIO PULMONAR DA BAHIA LTDA	13952064000134
BA	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	14022735000120
BA	SANTA C DE M ITABUNA	14349740000142

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009





BA	HOSPITAL DA CLIMA MARIA ALBANO LTDA	14373815000120
BA	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	14736706000120
BA	REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICIENCI	15113103000135
BA	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO	15140254000182
BA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	15153745000249
BA	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INF	15170723000106
BA	HOSPITAL EVANGÉLICO DA BAHIA	15171093000194
BA	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA LTDA	15171093000194
BA	FUNDAÇÃO JOSE SILVEIRA	15194004000125
BA	FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	15194004000125
BA	FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	15194004000125
BA	FUNDAÇÃO JOSE SILVEIRA	15194004000125
BA	CONG. IR. FRANCISC HOSPIT. IMAC. CONC. -	15233646001400
	CONGREGAÇÃO DAS IRMAS FRANCISCANAS	
BA	HOSPI	15233646001400
BA	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33917568000120
BA	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33917568000120
BA	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33917568000120
BA	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA	34326108000190
BA	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE	34326140000176
BA	SÔNIA E ARLINDO CONSULTÓRIOS MÉDICOS S/C	42175539000202
BA	HOSPITAL JAAR ANDRADE	97397848000138
CE	HOSPITAL MONTE KLINIKUM SS LTDA	41295288000156
DF	INSTITUTO MEDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA	1869367000109
DF	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO	6160688000153
DF	FUNDAÇÃO ZERBINI	50644053001004
DF	FUNDAÇÃO ZERBINI	50644053001004
MA	CENTRO MEDICO DE CAXIAS LTDA	606258000136
MA	HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA	11006293000130
PA	INST DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFA	611689000190
PA	HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE LTDA	83365635000110
PA	INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVID	92726819001473
PE	HOSPITAL ESPERANÇA	2284062000106
PE	HOSPITAL SANTA JOANA	10839561000132
PE	REAL HOSPITAL PORTUGUES	10892164000124
PE	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE	70237144000141
RJ	DH DAY HOSPITAL S C LTDA	173618000153
RJ	HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL	3410722000102
RJ	PRESLAF-EMPRESA DE SERV HOSPITALARES	4023995000248

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





RJ	HCN.HOSP DE CLIN DE NITEROI LTDA.	27781293000148
RJ	HCN.HOSP DE CLIN DE NITEROI LTDA.	27781293000148
RJ	HOSP QUINTA D OR CT INVEST CAR	30499826000701
RJ	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	28602407000108
RJ	HOSP BARRA D OR MEDISE LTDA	29259736000241
RJ	CLINICA SANTA BRANCA	30375885000255
RJ	HOSP DE CL RIO MAR BARRA LTDA	32154700000127
RJ	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S A	33630484000101
RJ	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	33722224000166
RJ	CASA DE S SAO JOSE	60922168000348
RJ	CL PED DA BARRA LTDA	72463813000129
RS	HOSPITAL MUNICIPAL NOVO HAMBURGO	4337634000195
RS	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE	87277000000111
RS	COMUNIDADE EVANGELICA LUTER S PAULO LT	88332580007763
RS	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	88625686002443
RS	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	92685833000151
SC	EMIR SERVICOS MEDICOS LTDA.	472996000138
SC	SOCIMED - SERV. HOSPITALARES LTDA	1595799000179
SC	ASSOCIACAO BENEDITINA DA PROVIDENCIA	2765097001635
SC	HOSP DA PLASTICA DE SANTA CATARINA LTDA	10853021000103
SC	HOSP. MUNICIPAL HENRIQUE LAGE	82558487000197
SC	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR SAO PEDRO LTDA	83016238000132
SC	FUND.MED.SOC.RURAL SAO SEBASTIAO	83249714000165
SC	HOSPITAL SANTO ANTONIO	83467126000106
SC	FUND. MEDICA SOCIAL RURAL SAO MART	83708792000180
SC	SOC. HOSP. COMUNITARIA P. CLEMENTE KAMPM	83743450000100
SC	S.D.P. HOSP.NOSSA SENHORA DA CONCEI	83883306001213
SC	HOSPITAL DE CARIDADE SAO JOAO BATIS	84203132000100
SC	HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA	84423516000139
SC	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	84694405000167
SC	HOSPITAL CARIDADE SENHOR BOM JESUS	84903988000199
SC	FUND. HOSPITALAR SANTA OTILIA	85285930000191
SC	FUND.MED.SOCIAL RURAL RIO FORTUNA	85878700000136
SC	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	86437845000164
SP	ADLM SERVICOS MEDICOS LTDA	135740000135
SP	PRO VISAO HOSPITAL DE OLHOS LTDA	1335266000158
SP	BETA HOSPITAIS ASSOCIADOS LTDA	2029840000102
SP	HOSPITAL BOSQUE DA SAUDE	2902926000106
SP	UNIDADE GERONTOLOGICA PAULISTA	3325102000175

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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

33



ANS - n.º 312720



SP	COMPLEXO HOSPITALAR PAULISTA	4168957000100
SP	SEMEAR GESTAO DE SERVICOS HOSPITALARES	4191313000206
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A	6047087000139
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A	6047087000210
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A	6047087000309
SP	ASSOC HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ES	8620828000154
SP	BW MEDICA SERVICOS HOSPITALARES LTDA	9122934000251
SP	UNIDADE OFTALMOLOGICA DE SANTANA	43022466000109
SP	UNIDADE OFTALMOLOGICA DE SANTANA	43022466000109
SP	SOC ASSIST BANDEIRANTES	46543781000676
SP	HOSPITAL SANTA MONICA SC LTDA	49667108000121
SP	CEAM - CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICA MORA	50529502000263
SP	CEAM - CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICA MORA	50529502000263
SP	CLINICA MEDICA SANTO ANTONIO	51262665000104
SP	DIOSP SERVICOS MEDICOS SC LTDA	52578234000114
SP	IRMANDADE MISER DE JABOTICABAL	56896368000134
SP	HOSPITAL SANTO AMARO S/C LTDA	57009599000141
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	57555666000123
SP	HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A	59135723000140
SP	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	60453024000390
SP	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	60544244000167
SP	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	60678604000113
SP	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	60726502000126
SP	HOSPITAL MATERNIDADE NSA. SENHORA DE LO	60875226000168
SP	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	60884855000316
SP	ASSOC 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	PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA	61213674000169
SP	HOSPITAL E MATERNIDADE SINO BRASILEIRO L	4360373000124
SP	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP. SIRIO LIBANES	61590410000124
SP	REAL E BENEMERITA SOC PORTUGUESA BENEF	61599908000158
SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	62779145000190
SP	LAPA ASSISTENCIA MEDICA S/S LTDA	62996640000150
SP	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL	66750613000154
SP	GRAACC GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE	67185694000150
SP	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	60777901000205

Papel proveniente de reflorestamento.

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

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





**Parágrafo único:** A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre observada a rede prestadora contida no site [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.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, declaração de saúde, guia do beneficiário e guia de leitura contratual.

**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, 01 de junho de 2011.

Contratantes

  
\_\_\_\_\_  
**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL EM CURITIBA**

  
\_\_\_\_\_  
**ASPOFER - DIONÍSIO CERQUEIRA**

*Sérgio Luis Guaraldi*  
Presidente  
ANSEF/SC

  
\_\_\_\_\_  
**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL EM SANTA CATARINA - ANSEF/SC**

  
\_\_\_\_\_  
**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL EM FOZ DE IGUAÇU**

*Marcelino Vieira*  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
**ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DA POLÍCIA FEDERAL EM GUAIRA**

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009



*ANSEF*

ANSEF / ITAJAI

*João Pedro*

ASPF - JOINVILLE

A.P.F.L. - ASSOCIAÇÃO DOS POLICIAIS FEDERAIS EM LONDRINA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS FUNCIONÁRIOS DA POLICIA EM PARANAGUÁ

Contratada

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FÉD. EST. DAS COOP. MEDICAS

Dr. Orestes Barrozo M. Pullin  
Diretor Presidente

Dr. Faustino G. Alferes  
Diretor de Mercado

Testemunhas

*Jose Gouvea*  
Jose Gouvea  
CPF/MF 024.329.439-53

*Willian C Stocco*  
Willian C Stocco  
CPF/MF 973.301.759-00

Papel proveniente de reflorestamento.

*Sérgio Luis Guaraldi*  
Sérgio Luis Guaraldi  
Presidente  
ANSEF/SC

SAC 0800 41 4554  
DEFICIENTES AUDITIVOS 0800 642 2009

