

**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS,
HOSPITALARES, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA**

**COLETIVO POR ADESÃO
COM CO-PARTICIPAÇÃO DE 30%**

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM
OBSTETRÍCIA**

PADRÃO ENFERMARIA

Registro da Operadora na ANS: **312720**

Registro do Produto na ANS: **458.240/08-3**

Proposta N° 0011/06 (Migração 01/06/2008)



SAC 0800 41 4554

1

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



ANS - n.º 312720

SUMÁRIO

- I- QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA
- II- QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE
- III- OBJETO DO CONTRATO
- IV- NATUREZA DO CONTRATO
- V- NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS
- VI- TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE
- VII- TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE
- VIII- ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE
- IX- PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
- X- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO
- XI- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
- XII- EXCLUSÕES DE COBERTURA
- XIII- VIGÊNCIA DO CONTRATO
- XIV- CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA
- XV- PERÍODOS DE CARÊNCIA
- XVI- DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES
- XVII- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- XVIII- REMOÇÃO
- XIX- ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES
- XX- MECANISMO DE REGULAÇÃO
- XXI- FORMAÇÃO DO PREÇO
- XXII- PAGAMENTO DE MENSALIDADE
- XXIII- REAJUSTE
- XXIV- FAIXAS ETÁRIAS
- XXV- BÔNUS - DESCONTOS
- XXVI- REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS
- XXVII- CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO
- XXVIII- CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
- XXIX- RESCISÃO / SUSPENSÃO
- XXX- DISPOSIÇÕES GERAIS
- XXXI- ELEIÇÃO DE FORO



Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.

I-QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ-FEDERAÇÃO
ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**

C.N.P.J.: 78339439/0001-30

Registro da Operadora na ANS n.º: 312720

Classificação da Operadora na ANS: COOPERATIVA

Endereço: Rua Antonio Camilo, 283 – Tarumã – Curitiba / PR – 82530-450

II- QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

Razão Social: **Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais no Estado
do Paraná – SINPRF/PR- CNPJ 40.444.416/0001-13 – Endereço: Rua
Del Leopoldo Belczak, 491 – Capão da Imbuia – Curitiba / PR - CEP
– 82.800-200.**

III- OBJETO DO CONTRATO

3.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o rol de procedimentos médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

IV- NATUREZA DO CONTRATO



4.1 O presente contrato é sinalagmático e bilateral, gerando direitos e obrigações às partes e aos usuários inscritos, na forma do disposto nos art. 458 a 461 do Código Civil Brasileiro.

V - NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

5.1 NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: 458.240/08-3

VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

6.1 COLETIVO POR ADESÃO COM CO-PARTICIPAÇÃO DE 30% SEM PATROCINADOR.

VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

7.1 AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

8.1 Os serviços ora contratados serão prestados no Território Nacional, pelos médicos cooperados, serviços próprios, contratados ou credenciados da UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ.

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

8.3 A relação de **hospitais** credenciados poderá ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, mediante autorização prévia da ANS, sendo que a exclusão de prestadores será devidamente informada ao CONTRATANTE, por meio de correspondência normal, nos termos do art. 17 da Lei 9656/98.

IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

9.1 ENFERMARIA (coletivo)

9.2 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é



garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

9.3 Na hipótese do usuário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, inclusive de honorários dos profissionais, conforme negociação direta com o hospital, médicos e demais prestadores do atendimento.

X- CONDIÇÕES DE ADMISSÃO / ELEGIBILIDADE

10.1 Poderão ser inscritos neste contrato, como usuários titulares, os Diretores, Sócios, ou Associados da CONTRATANTE, bem como seus empregados ou Funcionários, desde que devidamente registrados.

10.2 Poderão ser inscritos, na qualidade de usuários dependentes:

a) cônjuge;

b) filhos (as) solteiros (as) até 18 anos;

c) filhos e filhas, solteiro (as), até 24 anos incompletos, e que **estejam cursando universidade;**

d) filhos e filhas, solteiros, inválidos com comprovação de dependência pelo INSS;

e) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;

f) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge.

g) A inclusão de outros dependentes econômicos, considerados agregados para fins deste contrato, poderá ser aceita, única e exclusivamente, a critério da CONTRATADA.

10.3 É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

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



- 10.4 Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE fornecerá, em relatório próprio, fornecido pela CONTRATADA, a relação dos usuários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.
- 10.5 As futuras inclusões, exclusões e alterações de usuários, serão informadas por meio de planilha de movimentação, que deverá ser entregue até o dia 20 (vinte) de cada mês, para que tenham vigência no mês subsequente à alteração solicitada.

XI- COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 11.1 A CONTRATADA assegurará, aos usuários inscritos, os serviços médicos, hospitalares, e auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida à segmentação contratada neste produto**, conforme especificado abaixo:

a) **Consultas:** os usuários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da UNIMED, ou nos serviços de emergências próprios, credenciados ou contratados das cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional UNIMED.

b) **Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, contratados ou credenciados pelas cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional UNIMED.

c) **Exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através da rede própria, contratada ou credenciados pelas cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional UNIMED.

11.2 SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

- 11.2.1 O segmento ambulatorial compreende os **atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no ROL DE PROCEDIMENTOS 82/04**, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12



(doze) horas, ou serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares, observadas as seguintes exigências:

- 11.2.1.1 cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 11.2.1.2 cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- 11.2.1.3 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
- hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - quimioterapia ambulatorial;
 - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia);
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- 11.2.1.4 **No tratamento de transtornos psiquiátricos:**

a) atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.

b) psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por profissional da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas.**

11.3 SEGMENTO HOSPITALAR



11.3.1 O Segmento Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº 9.656/98:

11.3.1.1 Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS 82/04 e suas atualizações**.

11.3.1.2 Procedimentos buco-maxilo-facial, quando necessário sua realização em ambiente hospitalar, desde que realizados por médicos.

11.3.1.3 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

11.3.1.4 Diárias de internação hospitalar em quarto coletivo, padrão enfermagem, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

11.3.1.5 Cobertura de internações em hospitais, ou clínicas credenciados, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade.

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



- 11.3.1.7 Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados, serviços contratados ou credenciados.
- 11.3.1.8 Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular e domiciliar.
- 11.3.1.9 Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.
- 11.3.1.10 Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica, e para o controle da evolução da doença.
- 11.3.1.11 Fornecimento de medicamentos e materiais nacionais, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 11.3.1.12 Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a um acompanhante dos usuários menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos.
- 11.3.1.13 Tratamento de usuários portadores de transtornos mentais que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo, e que necessitarem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos, ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais.

Parágrafo único - As internações definidas no item 11.3.1.13 estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

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

- 11.3.1.14 Além da internação definida no item anterior, o usuário com transtorno psiquiátrico poderá dispor de oito



semanas anuais (não cumulativas) de tratamento em regime de hospital-dia.

Parágrafo único - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças), esta cobertura é estendida a cento e oitenta dias por ano, não cumulativos.

11.3.1.15 Internações para os usuários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, que necessitem hospitalização.

§ 1º - As internações referidas neste item estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) de um a quinze dias, não há co-participação;
- b) de dezesseis a trinta dias, co-participação de 50% (cinquenta por cento);
- c) de trinta e um a quarenta e cinco dias, co-participação de 70% (setenta por cento); e
- d) acima de quarenta e cinco dias, co-participação de 90% (noventa por cento).

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

11.3.1.16 Os transplantes de córnea e rim são cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e



tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) Despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento aos SUS.

§1º - Os transplantes de córnea e rim provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.

§2º - Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela CONTRATADA.

11.3.1.17 Cirurgia Plástica Reparadora somente terá cobertura contratual quando:

I - efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais e que estejam causando problemas funcionais;

II - reconstrutiva de mama que tenha sido mutilada em decorrência da utilização de técnica de tratamento de câncer.

XII- EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 EXCLUSÕES DO SEGMENTO AMBULATORIAL

Estão excluídos da cobertura ambulatorial, além dos procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS vigente à época da solicitação, os seguintes procedimentos:

12.1.1 Os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia, que embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas.

- 12.1.2 Serviços de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.
- 12.1.3 Procedimentos, diagnósticos e terapêutica em hemodinâmica, exceto nos casos de urgência e emergência.
- 12.1.4 Quimioterapia intratecal, intra-arterial, intracavitária, endovenosa, ou as sistêmicas, que demandem internação.
- 12.1.5 Radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia.
- 12.1.6 Nutrição enteral ou parenteral.
- 12.1.7 Embolizações e radiologia intervencionista.
- 12.1.8 Oxigenoterapia hiperbárica.
- 12.1.9 Serviços gerais de enfermagem.
- 12.1.10 Fisioterapia, quando complemento de tratamento realizado em regime de internação.
- 12.1.11 atendimentos domiciliares.

12.2 EXCLUSÕES DO SEGMENTO HOSPITALAR:

Estão excluídos da cobertura hospitalar, além dos procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS n.º 82/04, os seguintes procedimentos:

- 12.2.1 Despesas não vinculadas diretamente à cobertura de assistência à saúde.
- 12.2.2 Despesas de hotelaria do acompanhante, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 e idosos maiores de 60 anos.

12.3 EXCLUSÕES EM TODOS OS SEGMENTOS

- 12.3.1 Procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS sob o n.º 82/04.
- 12.3.2 Medicamentos e procedimentos não prescritos pelo médico assistente, ou não realizados no ambiente ambulatorial ou hospitalar.
- 12.3.3 Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, na forma da seção XIX.



- 12.3.4 Atendimento nos casos cataclismos, guerras, comoções internas e calamidade pública, quando declarados pela autoridade competente.
- 12.3.5 Consultas, tratamentos médicos hospitalares e internações, efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.
- 12.3.6 Fornecimento de medicamentos, equipamentos ou materiais de uso domiciliar, inclusive quimioterápicos.
- 12.3.7 Fornecimento de medicamentos (inclusive quimioterápicos), equipamentos e materiais, que não sejam utilizados durante internações ou durante atendimentos ambulatoriais.
- 12.3.8 Fornecimento de equipamentos e materiais (inclusive órteses e próteses), importados com similar nacional.
- 12.3.9 Fornecimento de medicamentos e exames importados ou não registrados na AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).
- 12.3.10 Transplantes, exceto de córnea e rim.
- 12.3.11 Para os fins deste contrato também são considerados transplantes, e portanto não serão cobertos pelo contrato, o transplante de medula alogênico aparentado, e o transplante de medula óssea alogênico não aparentado autóctone.
- 12.3.12 Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico hospitalar.
- 12.3.13 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim.
- 12.3.14 Tratamentos em clínicas de emagrecimento, ou ganho de peso, clínicas de repouso, estância hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
- 12.3.15 Tratamentos em SPAs, casas sociais e clínicas de idosos.
- 12.3.16 Fornecimento de próteses, órteses e equipamentos de qualquer natureza, não ligadas ao ato cirúrgico.
- 12.3.17 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- 12.3.18 Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência.
- 12.3.19 Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.
- 12.3.20 Qualquer atendimento odontológico, exceto procedimentos cirúrgicos buco-maxilares realizados por médicos cooperados, previstos no ROL DE PROCEDIMENTOS 82/04 DA ANS.



- 12.3.21 Tratamentos clínico ou cirúrgico experimental, e tratamentos não éticos ou ilegais.
- 12.3.22 Inseminação artificial.
- 12.3.23 Tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos, exceto embolização percutânea.
- 12.3.24 Cirurgias plásticas, exceto, reparadoras reconstrutiva de mama, para tratamento de utilização de técnica de tratamento de câncer.
- 12.3.25 Necrópsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exames para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral, e exames de DNA.
- 12.3.26 Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
- 12.3.27 Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia, exceto ceratofomia radial para grau acima de 7 (sete);
- 12.3.28 Fonoaudiologia, Psicologia, e outras especialidades que não sejam exercidas por médicos;
- 12.3.29 Procedimentos decorrentes de acidente de trabalho;

XIII VIGÊNCIA DO CONTRATO

- 13.1 O presente contrato passará a ter vigência em 01 de junho de 2008, e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

XIV CONDIÇÕES PARA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

- 14.1 O presente contrato prorroga-se automaticamente, após o vencimento.

XV PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

- a) 24 horas nos casos de urgência decorrente de acidente pessoal;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames de patologia clínica;



- b) **90 (noventa) dias** para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia, acupuntura e outros exames, exceto os relacionados na letra "d", abaixo;
- c) **180(cento e oitenta) dias** para procedimentos clínicos e cirúrgicos, seja em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia Intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, e psicoterapia de crise.

15.2 Os beneficiários titulares e dependentes que estiverem incluídos no contrato e que solicitarem sua exclusão no curso do mesmo, e desejarem retornar ao plano, poderão fazê-lo sujeitando-se ao cumprimento dos prazos de carência acima mencionados.

15.3 – Os beneficiários titulares, dependentes e/ou agregados que solicitarem a mudança de acomodação de enfermaria para apartamento, cumprirão a carência contratual de 180 dias contados do primeiro dia do mês subsequente ao recebimento da planilha de movimentação encaminhada à CONTRATADA, respeitada a previsão contida na cláusula 10.6 do contrato firmado entre as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO: Fica estabelecido entre as partes que, a partir da alteração de acomodação conforme previsto no caput, haverá a devida adequação do valor da contraprestação pecuniária a ser faturada contra a CONTRATANTE, relativo a cada beneficiário, conforme tabela vigente na data da alteração, respeitando-se às cláusulas contratuais vigentes que se referem a mensalidades.

XVI DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

- 16.1 Desde que a massa inicial de adesão seja igual ou superior a 50 (cinquenta) usuários, não haverá alegação agravo ou de cobertura parcial temporária para doenças e lesões pré-existentes.



- 16.2 Adesão inferior a 49 (quarenta e nove) usuários, obriga o usuário titular, 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.
- 16.3 A informação será prestada, por meio de declaração de saúde, em formulário específico fornecido pela CONTRATADA, que fará parte integrante deste contrato e será preenchido, **a critério do usuário:**
- a) sem a assistência de médico;
 - b) com a assistência de um médico da CONTRATADA, sem nenhum ônus para o usuário;
 - c) com assistência de um médico de sua indicação, **assumindo, neste caso, as despesas daí decorrentes.**
- 16.4 Na declaração de saúde; o usuário titular deverá relacionar, por si e por seus dependentes, todas as lesões e doenças preexistentes à contratação de seu conhecimento, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela CONTRATADA de eventuais prejuízos.
- 16.5 É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração a que se refere à cláusula 16.1.
- 16.6 Fica facultado, a critério da CONTRATADA, durante o período de 24 meses a contar da data da vigência do contrato, a realização de exame pericial, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.
- 16.7 A constatação, da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, nos termos da regulamentação específica da matéria, resultará no agravamento do valor da mensalidade, ou em cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, **a critério da CONTRATANTE**, mediante declaração expressa de sua opção.
- 16.8 O valor correspondente ao agravamento, se houver, será previamente informado à CONTRATANTE.



- 16.9 Caso da não realização de exame ou perícia médica, a constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início da vigência do contrato, da condição de portador de lesão ou doença preexistente, que era de prévio conhecimento do usuário, mas que não foi informada na declaração de saúde, caracterizará fraude, sujeitando-o, à interposição de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e após deferimento, será suspensa a cobertura, e à denúncia do contrato, nos termos da lei 9656/98 e resoluções pertinentes, bem como, poderá a CONTRATANTE efetuar a cobrança das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação de identificação da omissão de informação.

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

XVII URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

17.1 Par fins deste contrato considera-se:

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

b) **Urgência:** os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional;

17.2 Estando o usuário em cumprimento de carências contratuais ou Cobertura Parcial Temporária – CPT, o atendimento de emergência, ou de complicações no processo gestacional, será garantido, após 24 horas da inclusão do usuário no contrato, e terá cobertura igual a da segmentação ambulatorial, limitada as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.



Parágrafo único: Quando necessária, para a continuidade do atendimento de emergência ou de complicações no processo gestacional, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços, e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

17.3 É garantido no presente contrato o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, após o cumprimento das respectivas carências contratuais, **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 **COMPROVADAMENTE** possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

17.4 O reembolso de que trata este item, será efetuado de acordo com os valores da **TABELA UNIMED REFERÊNCIA PARA REEMBOLSO**, vigentes à 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, no que se refere a materiais e medicamentos, que deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias **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;

c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;



d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

17.6 O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

XVIII - REMOÇÃO

18.1 O presente contrato garante:

a) Cobertura de remoção terrestre **entre hospitais**, após realizados os atendimentos classificados como urgência/emergência, **dentro da área geográfica de abrangência, exclusivamente quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecida pelo hospital, e a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente.**

c) Cobertura de remoção do paciente, pela **via terrestre**, quando comprovadamente necessária a transferência **definitiva** para outro estabelecimento hospitalar da rede do SUS, **exclusivamente dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.**

18.2 Nos casos previstos nesta seção, **quando não possa haver remoção, por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA, desse ônus.**

XIX ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

19.1 Não se aplica a este o acesso a livre escolha de prestadores, devendo ser observado o disposto na cláusula VIII, itens 8.1, 8.2 e 8.3 e respeitada a expressa exclusão de qualquer cobertura nos prestadores listados no ANEXO I.

Papel proveniente de reflorestamento.



XX MECANISMO DE REGULAÇÃO

- 20.1 Para ter acesso a qualquer atendimento, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido e um documento de identidade.
- 20.2 As internações hospitalares necessitarão de guia de internação hospitalar, emitidas pela UNIMED prestadora do serviço, com autorização prévia da CONTRATADA.
- 20.3 As guias de internação hospitalar, desde que coberta a internação por este contrato, serão expedidas pela UNIMED prestadora do atendimento, com autorização prévia da CONTRATADA, mediante pedido firmado por médico cooperado/assistente.
- 20.4 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o usuário, ou quem por ele responda, deverá apresentar à CONTRATADA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado/assistente.
- 20.5 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.
- 20.6 Fica garantido, no caso de situações de divergências médicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo Profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, nos termos da resolução 08 do CONSU.
- 20.7** A co-participação é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à CONTRATADA, após a realização de procedimentos. Os atendimentos serão realizados mediante co-participação de 30% (trinta por cento) do custo dos serviços abaixo listados, limitados a um valor máximo de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por serviço prestado:

- a) consultas médicas em consultório e pronto socorro;



b) exames e procedimentos de diagnose, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime, ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame: e

ó) fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

d) nas internações psiquiátricas, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Cobertura e procedimentos Garantidos.

XXI FORMATAÇÃO DO PREÇO

21.1 O Sócio Aderente (titular) obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário de seu grupo familiar, os valores relacionados abaixo, constantes também da proposta de admissão, para efeito de inscrição e mensalidade.

Faixa Etária	AMB + HOSP + ENFERMARIA Registro ANS: 458.240/08-3
00/18	R\$ 44,60
19/23	R\$ 51,23
24/28	R\$ 51,23
29/33	R\$ 66,54
34/38	R\$ 66,54
39/43	R\$ 74,60
44/48	R\$ 106,51
49/53	R\$ 135,03
54/58	R\$ 135,03
> 59	R\$ 254,00

21.2 ACRESCIDOS:

a) de 30% (trinta por cento) sobre as despesas decorrentes da Utilização dos procedimentos ambulatoriais até o limite máximo de R\$ 50,00 (cinquenta reais) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO.

b) da participação de 30% (trinta) sobre as despesas decorrentes de internamentos psiquiátricos que ultrapassem os limites de cobertura integral, até o limite de 60 dias, inclusive quando então a participação naquelas despesas passará a ser 50% (cinquenta);



SAC 0800 41 4554

c) dos valores relacionados na proposta de admissão nos caso de agravo por doenças pré-existentes.

XXII PAGAMENTO DE MENSALIDADE

- 22.1 As mensalidades serão pagas pela CONTRATANTE, até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão.
- 22.2 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas nos beneficiários inscritos pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.
- 22.3 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 conseqüências da mora.
- 22.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

XXIII REAJUSTES

- 23.1 Os valores previstos na Proposta Comercial foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados a disposição dos usuários, a freqüência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, o valor e/ou percentual de co-participação e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim qualquer alteração destes itens ensejará a adoção de novos valores visando o re-equilíbrio contratual, desde que previamente negociado entre as partes, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

Papel proveniente de reflorestamento.



A comunicação do índice de reajuste negociado deverá ser feita com 45 (quarenta e cinco) dias de antecedência da data da aplicação.

23.2 DO REAJUSTE ANUAL

23.2.1 Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições serão reajustados anualmente, com base em cálculo atuarial, que além dos fatores enumerados no item anterior, 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 USUÁRIOS DE PLANOS EQUIVALENTES AO ORA CONTRATADO E O ÍNDICE DE SINISTRALIDADE IDEAL, PACTUADO EM 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO).

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

- a) honorários, sobre as consultas e outros procedimentos;
- b) SADT- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- c) diárias e taxas hospitalares;
- d) materiais e medicamentos.

§3º Compõem as despesas administrativas:

- a) salários;
- b) outras despesas não especificadas.

23.3.2 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.

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

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

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

XXIV FAIXAS ETÁRIAS

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

Faixas Etárias	%
00 - 18	0,00%
19 - 23	14,87%
24 - 28	0,00%
29 - 33	29,88%
34 - 38	0,00%
39 - 43	12,11%
44 - 48	42,77%
49 - 53	26,78%
54 - 58	0,00%
> 59	88,11%

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

24.3 No caso de opção pelo agravamento da mensalidade, os percentuais de reajuste acima estabelecidos serão aplicados ao valor da mensalidade já agravada.



XXV BÔNUS - DESCONTOS

25.1 Não há descontos para este produto.

XXVI REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

A CONTRATANTE poderá optar pela manutenção do usuário exonerado ou demitido, contratado pelo regime da CLT, como beneficiário de **plano de inativo administrado pela CONTRATADA**, nas seguintes condições:

- 26.1 **Caso o plano coletivo contratado não seja integralmente custeado pela empresa contratante** (isto é, caso haja contribuição, total ou parcial, direta do beneficiário), o funcionário da CONTRATANTE que venha a se aposentar ou cujo contrato de trabalho venha a ser rescindido sem justa causa poderá manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, **desde que assumo o pagamento integral da contribuição.**
- 26.2 Em caso de rescisão do contrato de trabalho **sem justa causa**, o período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o item 26.2 será de **um terço do tempo de permanência no plano**, com um **mínimo assegurado de seis meses**, e um **máximo de vinte e quatro meses.**
- 26.3 Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior a 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, **à razão de um ano para cada ano de contribuição.** Caso a contribuição seja por tempo superior a 10 (dez) anos não haverá limite de tempo.
- 26.4 É facultada a manutenção em um mesmo plano, para ativos e inativos, desde que a decisão seja tomada em acordo formal firmado entre a CONTRATANTE e os usuários inscritos no plano de ativos, ou seus representantes legalmente constituídos.
- 26.5 A condição de beneficiário inativo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.



XXVII CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO

27.1 Este contrato é destinado à adesão dos Diretores, Sócios, ou Associados da CONTRATANTE, bem como seus empregados e funcionários, com vínculo empregatício ativo.

XXVIII CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

28.1 Será excluído do contrato, mediante prévia notificação, o usuário dependente que deixar de atender as condições da cláusula 10.2.

XXIX RESCISÃO / SUSPENSÃO

29.1 Ocorre a rescisão ou suspensão deste contrato, independentemente de notificação judicial, ocorrendo:

- a) Atraso no pagamento da fatura por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que devidamente notificado à CONTRATANTE até o quinquagésimo dia de inadimplência;
- b) A ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da CONTRATANTE ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
- c) qualquer fraude praticada pelos usuários, na utilização do objeto deste contrato;
- d) utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- e) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;

29.2 A rescisão ou suspensão do contrato opera efeitos em relação a todos os usuários inscritos.

29.3 DENÚNCIA DO CONTRATO

29.3.1 Antes do término do prazo fixado, é facultado à CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante



comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

- 29.3.2 O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado, poderá ser denunciado por qualquer das partes, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem ônus.
- 29.3.3 É obrigação da CONTRATANTE, em caso de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação dos usuários.
- 29.3.4 – No caso de denúncia do contrato por parte da CONTRATANTE, os usuários poderão, **no prazo de 30 (trinta) dias contados do cancelamento**, contratar plano individual ou familiar junto à CONTRATADA, **respeitada a tabela vigente para estes planos**, com o aproveitamento do seu período permanência no plano coletivo, para efeito de contagem dos prazos de carência.

Parágrafo único. Cabe à CONTRATANTE informar os usuários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

XXX DISPOSIÇÕES GERAIS

30.1 É parte integrante deste contrato:

- a) Proposta Comercial;
- b) Relação de usuários inscritos (primeira massa);
- c) Planilha de movimentação;

30.2 A CONTRATADA fornecerá aos usuários o cartão individual de identificação.

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

30.2.2- Ocorrendo o extravio, furto ou roubo, do cartão de identificação, a CONTRATANTE deve comunicar, por

escrito o fato à CONTRATADA, para que esta proceda ao cancelamento do mesmo.

30.2.3A emissão de segunda via do cartão de identificação, ensejará pagamento de taxa de **R\$ 5,00 (cinco reais)** para cada cartão de identificação emitido.

30.2.4É obrigação da CONTRATANTE, ao fim do contrato, ou em casos de exclusão de usuários, devolver os respectivos cartões de identificação.

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

30.4 A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários por ele cadastrados, após a rescisão do contrato ou exclusão de usuários, desde que não tenha sido formalizada a sua exclusão do plano com a respectiva devolução dos cartões de identificação.

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

30.6 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

30.7 A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde relativas ao contrato.

30.8 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, declarações de vínculo legal de seus usuários ao contrato,



para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.

XXXI FORO

31.1 Fica eleito o domicilio da CONTRATANTE como foro privilegiado para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

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

Curitiba, 01 de junho de 2008.

assinatura e carimbo

SINDICATO DOS POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS NO ESTADO DO PARANÁ - SINPRF/PR

Dr. Mario Tadotti Iria

Diretor de Mercado
Unimed do Estado do Paraná

assinatura e carimbo

UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

Dr. Faustino Garcia Alferez

Unimed do Estado do Paraná

Testemunhas:

José Gouveia
José Gouveia
RG 862.908/PR

Maurício Kayinski
Maurício Kayinski
RG 3.724.735-9/PR

Papel proveniente de reflorestamento.



GLOSSÁRIO

Acidente pessoal é evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Agravo: é o acréscimo no valor da mensalidade do plano de assistência à saúde, oferecido ao usuário como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.

Ambulatório: local onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários.

Apartamento *standard* (simples) acomodação hospitalar individual com banheiro privativo.

Cálculo atuarial: é o cálculo efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições.

Carência: é o prazo ininterrupto durante o qual os usuários não têm direito às coberturas contratadas.

Cartão individual de identificação: é a cédula onde se determina a identidade do usuário e também o comprovante de sua inscrição no plano de saúde.

CID: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.



Co-Participação: a parte efetivamente paga pelo consumidor referente à realização do procedimento.

Coberturas: é a assistência a saúde contratada que o usuário tem direito.

Cobertura Parcial Temporária: aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.

Consulta: é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

Declaração de saúde: formulário, elaborado pela operadora para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o consumidor seja portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação, com relação a si e a todos os dependentes integrantes de seu contrato.

Doenças ou lesões preexistentes (DLP): aquelas que o USUARIO, ou seu responsável, tenha conhecimento, no momento da assinatura do contrato.

Emergência: situação que importe em risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Enfermaria: Acomodação coletiva, sem banheiro privativo.

Evento: é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica, cobertos por este contrato.

Exames: são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilitam uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

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.



Internação Hospitalar: ocorre quando o usuário permanece e em uma unidade hospitalar por mais de 12 horas.

Medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

Medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Médico Cooperado: é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Nacional UNIMED, e esta relacionado no guia medico.

Operadora: é a **CONTRATADA**.

Órteses: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

Procedimentos médicos ambulatoriais: são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de médico anestesista e que não ultrapassem o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Procedimentos de Alta Complexidade: são aqueles definidos como tais pela AGENCIA NACIONAL DE SAUDE."

Procedimentos clínicos ou 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.

Planilha de movimentação: é o documento, contendo as informações pessoais dos usuários, para fins de inclusão, alteração e exclusão no plano.



Próteses: é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função

Serviços credenciados ou contratados: são aqueles colocados à disposição do usuário, mediante contratos firmados com a contratada.

Tabela de Referência: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, disponível na sede da CONTRATADA e que será aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços, para fins de reembolso.

Tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

Sistema UNIMED: conjunto de cooperativas independentes entre si, com quadros diretivos próprios e sem qualquer grau de hierarquia entre elas.

Urgência: casos decorrentes de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.



ANEXO I

RELAÇÃO DE HOSPITAIS CREDENCIADOS POR OUTRAS COOPERATIVAS MÉDICAS UNIMEDs MAS EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA CONTRATUAL, INCLUSIVE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

BAHIA

Agenor Paiva
Clínica Pediátrica do Itaigara
Hospital Aliança
Hospital Espanhol
Hospital e Maternidade de Assunção S/A
Hospital Português
Hospital Santa Mônica
Hospital Santo Amaro
Hospital São Raphael
Insbot
Jaar Andrade
Marlagão Gesteria
Sagrada Família
SAMÉS
Santa Izabel
Santa Luzia

BRASÍLIA

Hospital Santa Lúcia
Hospital Ponto Norte
Hospital Santa Helena
Hospital Santa Marta
Hospital São Braz

PARANÁ

Clínica Costantini

PERNAMBUCO

Hape (Hospital Esperança)
Hore
Hospital Albert Sabin
Hospital Memorial São José
Hospital Santa Joana

RIO DE JANEIRO

C S Laranjeiras (Perinatal Laranjeiras)
C S São José
Casa de Saúde Santa Lúcia S/A
Clínica Bambina
Clínica Cardiológica
Clínica Pediátria da Barra
Clínica Pediátrica da Gávea Ltda



Clínica São Vicente
Clínica Sorocaba S/A
D H Day Hospital
Hospital Barra Dr. Medise - Barra D'or
Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda
Hospital do Amparo Feminino
Hospital Integrado Gávea
Hospital Israelita
Hospital Samaritano
Pró Cardíaco - Pronto Socorro Cardiológico
Prontocar - Pronto Socorro
Hospital Minnesota (psiquiátrico)
Hospital São Lucas - PRESLAF

I- RIO GRANDE DO SUL

Hospital Mãe de Deus
Hospital Moinhos de Vento

SÃO PAULO

Associação Sanatório Sírio
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital A.C. Camargo - Fundação Antônio Prudente
Hospital de Beneficência Portuguesa
Hospital do Coração
Hospital Israelita Albert Einsten
Hospital Pronto Socorro Infantil Sabará
Hospital Santa Catarina
Hospital e Maternidade Santa Joana
Hospital e Maternidade São Luiz
Hospital Sírio Libanês
Incor
Neomater S/C Ltda.
Nove de Julho
Hospital São Camilo - Pompéia
Hospital Dante Pazanezi - Fundação Adib Jatene
Gastroclínica
Pro Matre - Hospital e Maternidade Santa Joana
Hospital Samaritano
Hospital Santa Izabel
Delboni Auriemo - Diagnóstico da América S/A
Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos
Hospital São Luiz - Morumbi/Cidade Jardim

Papel proveniente de reflorestamento.

**A UNIMED ESTADO DO PARANÁ, reserva o direito de
Incluir outros hospitais nesta relação, cuja atualização será mensal.**

