

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| A - CONTRATADA:.....  | 2  |
| B - CONTRATANTE: .....  | 2  |
| C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS .....         | 2  |
| D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....                        | 2  |
| E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL DO PLANO DE SAÚDE.....           | 2  |
| F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE .....            | 2  |
| G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE .....                           | 2  |
| H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO .....                          | 2  |
| I – FORMAÇÃO DO PREÇO .....   | 3  |
| J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....                             | 3  |
| TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO .....                                  | 3  |
| TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO .....                                 | 3  |
| TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS .....                | 5  |
| TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA .....                                | 13 |
| TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO .....                                    | 15 |
| TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....                                   | 15 |
| TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....                        | 16 |
| TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....                | 18 |
| TEMA IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....                  | 21 |
| TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO .....                                 | 21 |
| TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....                        | 23 |
| TEMA XII – REAJUSTES .....  | 24 |
| TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS .....                                      | 26 |
| TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS.....                                     | 27 |
| TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS..... | 27 |
| TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO .....      | 27 |
| TEMA XVII - RESCISÃO / SUSPENSÃO .....                                | 28 |
| TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.....                                  | 29 |
| TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO .....   | 39 |

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

**A - CONTRATADA:**

**UNIMED REGIONAL MARINGÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, sediada em Maringá - PR, Av. Bento Munhoz da Rocha Neto, 750, Zona 7, CEP 87030-010, inscrita no C.N.P.J sob o n.º 76.767.219/0001-82.

**B - CONTRATANTE:**

**RAZÃO SOCIAL: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL**  
NOME FANTASIA: COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL  
ENDEREÇO: EST OSWALDO MORAES CORREA, 1000 LOTES 03 E 05  
BAIRRO: ZONA 41  
CIDADE: MARINGÁ                      ESTADO: PR                      CEP: 87.065-240  
FONE: (44) 3221-3480                      C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

**C - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

NOME COMERCIAL DO PLANO:  
ADESÃO/AMB/HOSP/OBST/NACIONAL/APART/COPART  
NÚMERO DO REGISTRO DO PRODUTO ANS: 467083123

**D - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

COLETIVO POR ADESÃO

**E - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTÊNCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

AMBULATORIAL + HOSPITALAR / COM OBSTETRÍCIA

**F - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Nacional.

**G – ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

Em todo o território nacional.

**H - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

INDIVIDUAL.

## **I – FORMAÇÃO DO PREÇO**

Pré-estabelecido.

## **J – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

NÃO SE APLICA.

## **TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de **Serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde na forma Médico Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia previstos no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde, da Organização Mundial da Saúde, e dos procedimentos e eventos em saúde listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.**

1.2 O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais para ambas as partes, na forma do disposto nos art. 458 a 461 do Código Civil Brasileiro, estando ainda sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

## **TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 Poderão ser inscritos neste contrato, como beneficiários titulares, as pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação de vínculo profissional, classista ou setorial.

2.2 Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender às seguintes condições, abaixo especificadas:

a) apresentar à CONTRATADA, o estatuto com a ata da última reunião, regimento interno, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo por adesão e a relação dos associados/cooperados/sindicalizados juntamente com os documentos que comprovem o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 9º, incisos e parágrafos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações, conforme abaixo:

- Documento que comprove o vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, com o devido reconhecimento de seu dirigente.

2.3 Para fins de admissão neste contrato, serão considerados usuários dependentes:

- a) cônjuge;
- b) filhos (as) solteiros (as) até 28 anos;
- c) filhos e filhas, solteiros, inválidos com comprovação de dependência econômica pelo INSS;
- d) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge.
- f) netos até 18 anos.

**Parágrafo primeiro – a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.**

2.4 É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

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

II – Os menores de 12 (doze) anos quer sejam filhos adotivos, crianças ou adolescentes, que estiverem sob responsabilidade do beneficiário em regime de guarda provisória conferida pelo juízo, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a adoção ou a decretação da guarda provisória pelo juízo.

2.5 A não observação do prazo do inciso II, do item 2.4, ensejará o cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos períodos de carência.

2.6 Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE fornecerá, em documento próprio, fornecido pela CONTRATADA, a relação dos beneficiários a serem inscritos, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações.

2.7 As futuras inclusões, exclusões e alterações de beneficiários 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.

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

2.9 É de responsabilidade da CONTRATANTE, manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, seus nomes e qualificação completa, as informações indicadas nos formulários, tais como: número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), telefones, nome da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros.

2.10 Os Formulários Cadastrais serão também assinados pelos beneficiários titulares, ficando 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, vigente à época do evento, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, **observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados na Cláusula XVII, 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**:

#### 3.2 COBERTURA AMBULATORIAL

3.2.1 Cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, para doenças relacionadas no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e procedimentos relacionados no ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE vigentes à época do evento, observadas as seguintes exigências:

A) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

B) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgia-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

C) a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

3.2.2 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.
- f) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial.

### 3.2.3 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) e/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, independente das sessões de psicoterapia não consideradas de crise.**

3.2.4 Cobertura de no mínimo 24 consultas/sessões com fonoaudiólogo por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:**

- a. pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- b. pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- c. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- d. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- e. pacientes com disfagia (CID R13);
- f. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- g. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia; disartria e anartria; apraxia; dislexia e disфонia (CID R47.0; R47.1; R48.2 e R48.0 e R49.0).

**Parágrafo único: Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de contrato.**

3.2.5 Cobertura de no mínimo 12 consultas/sessões com nutricionista por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme seguem:**

- a. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- b. Jovens entre 10 e 20 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou >

- percentil 85 do peso/ altura);
- c. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m<sup>2</sup>);
- d. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica.

3.2.5.1 Cobertura obrigatória, de no mínimo 18 consultas/sessões com nutricionista por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

**Parágrafo único: Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.**

3.2.6 Cobertura de no mínimo 40 consultas/sessões com psicólogo e/ou terapeuta ocupacional por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme segue:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- c. Transtornos da alimentação (CID F50);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

Parágrafo único – Cobertura de no mínimo 12 consultas/sessões com terapeuta ocupacional por ano de contrato, **desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme segue:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82, F83);
- d. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 A M99).

3.2.7 Cobertura de no mínimo 12 sessões de psicoterapia por ano de contrato, 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 II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 262, de 01 de agosto de 2011 e suas atualizações, conforme segue:**

- a. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- b. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);

- c. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- d. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- e. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- f. Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

3.2.8 Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos da Resolução Normativa nº 262/2011 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;

3.2.10 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, conforme procedimentos previstos no rol da ANS vigente à época do evento, de acordo com os critérios estabelecidos na Lei 9263/96.

3.2.11 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

3.2.12 Medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos para a segmentação ambulatorial.

### 3.3 COBERTURA HOSPITALAR

3.3.1 A cobertura Hospitalar compreende os seguintes atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei nº 9.656/98:

3.3.2 Cobertura para atendimentos hospitalares definidos e listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE** vigente à época do evento.

3.3.3 Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9.656/1998, previstos no anexo I da RN 192/2009 e **no rol vigente à época do evento.**

3.3.4 Cobertura assegurada ao atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, independentemente do local de origem do evento, respeitada a rede referenciada/credenciada pela CONTRATADA.

3.3.5 Cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares 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 ministrados durante o período de internação hospitalar.



3.3.6 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**, incluindo a cobertura de exames complementares 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 ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.7 Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) Procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, **exceto medicação de manutenção**.

3.3.8 Diárias de internação hospitalar, desde que justificada pelo médico assistente a necessidade de internação.

3.3.9 Cobertura de internações em hospitais credenciados à contratada, ou clínicas credenciadas à contratada, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, vedada a limitação de prazo, valor e quantidade, 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.**

3.3.10 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.

3.3.11 Cobertura de despesas referentes a honorários de médicos cooperados, serviços contratados ou credenciados.

3.3.12 Serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular e domiciliar.**

3.3.13 Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento.

3.3.14 Cobertura de exames complementares, indispensáveis para elucidação diagnóstica, e para o controle da evolução da doença.

3.3.15 Fornecimento de medicamentos e materiais registrados/regularizados na ANVISA, anestésicos e gases medicinais, conforme prescrição do médico assistente, desde que realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.3.16 Acomodação e alimentação (conforme dieta geral do hospital) fornecidas pelo hospital a um acompanhante dos usuários menores de 18 (dezoito) anos e idosos a partir de 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada pelo usuário.

3.3.17 Custeio integral de trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, para 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 neste artigo estão sujeitas à co-participação pecuniária no total das despesas (que não poderá caracterizar o financiamento integral da internação), observada a TABELA DE REFERÊNCIA DA UNIMED, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, sendo que o percentual abaixo mencionado está de acordo com o normativo vigente da ANS, nos seguintes termos:

- a) de um a trinta dias, não há co-participação;
- b) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 30%;
- c) acima de sessenta dias, co-participação de 50%.

3.3.18 Além da internação definida no item anterior, o usuário com transtornos psiquiátricos em situação de crise 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, da**

**Organização Mundial da Saúde), esta cobertura poderá ser estendida a cento e oitenta dias por ano, não cumulativos, a critério do médico assistente.**

3.3.19 Custeio integral de trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, 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 (que não poderá caracterizar o financiamento integral da internação), **observada a TABELA DE REFERÊNCIA DA UNIMED**, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, para o respectivo paciente, sendo que o percentual abaixo mencionado está de acordo com o normativo vigente da ANS, nos seguintes termos:

- d) de um a trinta dias, não há co-participação;
- e) de trinta e um a sessenta dias, co-participação de 30%;
- f) acima de sessenta dias, co-participação de 50%.

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

3.3.20 Cobertura para transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea, transplantes de córnea e rim, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época do evento, respeitadas as diretrizes ali contidas, 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 - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor.

§3º - Qualquer outro modo de aquisição de rins ou córneas não especificado neste artigo não será coberto pela CONTRATADA.

3.3.21 Cirurgia Plástica Reparadora de órgãos ou funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura contratual, exceto quando seu objetivo for para fins exclusivamente estéticos.

3.3.22 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.

3.3.23 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;**

3.3.24 Cobertura para procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde respeitadas as segmentações e os prazos de carência e cobertura parcial temporária.

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

3.3.26 A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

## 3.4 COBERTURA OBSTÉTRICA

3.4.1 A cobertura hospitalar com obstetrícia compreende:

3.4.2 Toda a cobertura definida no segmento hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, e da assistência ao parto **e puerpério**, definidos e listados no **ROL DE PROCEDIMENTOS** vigente à época do evento.

3.4.3 Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

3.4.4 Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou de seu dependente, durante os primeiros trinta (30) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de doença e/ou lesão preexistente ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido)

tenha cumprido carência conforme previsão contida no tema VI. Após o prazo de 30 dias a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido ou adotado no contrato.

## **TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

**4.1 Estão excluídos da cobertura deste contrato, além dos procedimentos não constantes do ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS vigente à época do evento, os seguintes procedimentos:**

- 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).**
- 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 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) **Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, ou hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, exceto em casos de urgência e emergência, hipóteses nas quais caberá o reembolso das despesas garantidas por este contrato, nos limites praticados pela CONTRATADA com seus prestadores credenciados;**
- r) **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar.**
- s) **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.**

- t) **Cirurgias para correção de astigmatismo, hipermetropia e miopia, exceto cirurgia refrativa (PRK ou LASIK) com cobertura obrigatória em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01(um) ano com miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau de até - 4,0 ou hipermetropia até 6,0 grau, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0, com a refração medida através de cilindro negativo.**

## TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

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

Parágrafo Primeiro. A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordina-se ao recebimento pela CONTRATADA da respectiva Proposta de Adesão – Alteração Contratual, 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. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de assinatura da proposta de adesão dos mesmos.

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

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

- a) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura **(sem limite de tempo)** de casos de urgência decorrentes de acidente pessoal;
- b) **24 (vinte e quatro) horas** para a cobertura dos casos de urgências decorrentes de complicações no processo gestacional ou emergências, limitada às primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou até que ocorra internação;
- c) **30 (trinta) dias** para consultas e exames de patologia clínica;
- d) **90 (noventa) dias** para procedimentos de reabilitação física, acupuntura, fisioterapia e outros exames, exceto os relacionados na letra “d”, abaixo;

- e) **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 diagnostica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise, e psicoterapia de crise.
- f) **300 (trezentos)** dias para parto a termo.

Parágrafo primeiro – serão isentos do cumprimento de carência os beneficiários vinculados à CONTRATANTE e cuja inscrição no plano ocorra até 30 (trinta) dias, contados da celebração do contrato principal;

Parágrafo segundo: a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia da celebração do contrato, a inclusão de beneficiários já vinculados à CONTRATANTE, em período anterior, implicará no cumprimento das carências normais definidas no contrato principal;

Parágrafo terceiro – para os novos beneficiários, que vierem a se vincular à pessoa jurídica CONTRATANTE depois de 30 (trinta) dias contados da celebração do contrato, somente haverá isenção do cumprimento de carência se sua inscrição ocorrer no período de 30 (trinta) dias contados da data de cada aniversário do contrato e que o seu vínculo com a CONTRATANTE tenha ocorrido dentro dos últimos 12 meses;

Parágrafo quarto – excetuando-se o acima previsto, caberá a todos os novos beneficiários o cumprimento das carências contratuais definidas no contrato.

## **TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

7.1 Todos os beneficiários a serem inscritos no contrato deverão preencher o formulário de Declaração de Saúde, independente do número de inscritos no plano de saúde.

7.2 Cada usuário deverá preencher seu formulário de saúde, por ocasião da inscrição no plano de saúde, na qual informa ser conhecedor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano. O preenchimento do formulário de saúde para os menores de idade deve ser realizado pelo representante legal.

7.3 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.**

7.4 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.

7.5 É condição prévia para a inclusão do usuário a apresentação da declaração acima mencionada.

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.**

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

**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.

7.12 Os atendimentos caracterizados como de **urgência ou emergência**, relativos às doenças ou lesões identificadas como preexistentes, somente terão a cobertura do segmento ambulatorial, e serão limitados as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo que não haverá cobertura com relação aos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionadas com a doença/lesão preexistente.

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.

7.13 As crianças nascidas de parto coberto pela contratada, aí entendido após o cumprimento de carência previsto no tema VI, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida, a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do beneficiário, assim como estará garantida a sua inscrição na contratada sem necessidade de cumprimento de qualquer período de carência, de cobertura parcial temporária ou agravo.

## TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 **Emergência** são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou 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 Nos casos de urgência ou emergência o atendimento será prestado após 24 horas da inclusão do beneficiário no contrato, considerando que:

**Parágrafo Primeiro – estando o beneficiário em carência contratual para o segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de complicações no processo gestacional e emergência terá tão somente a cobertura do segmento ambulatorial e será limitado às primeiras 12 (doze) horas do atendimento.**

**Parágrafo Segundo – 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 do contratante, não cabendo ônus à operadora.**

8.4 Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência e para os eventos relacionados às doenças e lesões preexistentes (DLP) que envolva acordo de cobertura parcial temporária (CPT), este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano do segmento ambulatorial, ou seja, limitada as primeiras 12 (doze) horas, não garantindo, portanto, cobertura para internação, eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade.

8.5 O atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, independente do cumprimento dos prazos de carência, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas da contratação do plano.

8.6 Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria da cobertura hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da contratada.

8.7 É garantida a cobertura de atendimento de urgência e emergência nos casos de complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 (doze) horas ou até que haja necessidade de internação.

8.8 Depois de cumpridas as carências, é garantida a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

8.9 É garantido o atendimento limitado as primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

8.10 O presente contrato garante o reembolso das despesas com procedimentos 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, conforme valores das tabelas de referências da Unimed contratada.

8.11 O reembolso de que trata o item anterior, será efetuado de acordo com os valores das **Tabelas de Referência Praticada pela UNIMED Contratada**, vigentes à data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após 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 justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;

- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

8.13 Prescreve em um ano a contar da data do evento o prazo para que o beneficiário apresente todos os documentos para que a CONTRATADA efetue o reembolso das despesas no prazo previsto de 30 (trinta) dias.

8.14 Será garantida 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 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 A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

**Não se aplica a este contrato.**

## TEMA X – MECANISMO DE REGULAÇÃO

10.1 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.

10.2 Para procedimentos exames e internamentos que exijam liberação prévia o beneficiário deverá dirigir-se à CONTRATADA, apresentando o cartão de identificação válido e um documento de identidade, de posse do pedido sendo que as liberações deverão ser expedidas no prazo máximo de até 01 (Um) dia útil a partir do momento da solicitação, ou, em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.

10.3 A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes e agregados o Cartão de Identificação, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura os direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários.

10.4 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 face à utilização indevida do cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada por meio de fatura simples.

10.5 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 cartão.

10.6 A emissão de segunda via, ensejará pagamento de taxa de **R\$ 5,38 (cinco reais e trinta e oito centavos)** para cada cartão de identificação emitido, valor que será atualizado conforme índice de reajuste anual autorizado pela ANS.

10.7 É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de beneficiário, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante a última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo, pois, a partir da

exclusão do usuário ou da rescisão, resolução ou rescisão do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.

10.8 As internações hospitalares necessitarão de guia de internação hospitalar, emitidas pela UNIMED prestadora do serviço, com autorização prévia da CONTRATADA, obedecendo a área de abrangência geográfica estabelecida em contrato.

10.9 As guias de internação hospitalar serão expedidas pela UNIMED prestadora do atendimento, com autorização prévia da CONTRATADA, mediante pedido firmado por médico cooperado/assistente, obedecendo a área de abrangência geográfica estabelecida em contrato.

10.10 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, até 24 (vinte e quatro) horas do termo final do período anteriormente liberado.

10.11 A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos usuários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

10.12 Fica garantida 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 beneficiário, 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, tendo como base os protocolos oficiais e medicina baseada em evidências.

10.13 REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS: A relação de médicos cooperados e prestadores credenciados estará à disposição dos usuários na sede da CONTRATADA e na Internet, no site [www.unimedmaringa.com.br](http://www.unimedmaringa.com.br).

10.14 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 usuário, por meio de correspondência normal, nos termos do art. 17 da Lei 9656/98, e/ou informativo ao beneficiário, com 30 (trinta) dias de antecedência ressalvados os casos decorrentes por rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

10.15 Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por infração às normas sanitárias em vigor durante o período de internação a Contratada arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para a Contratante.

10.16 Quando a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da Operadora durante o período de internação do beneficiário, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a Contratada a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

**10.17 FICA ESTABELECIDO A CO-PARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO DESCRITOS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTES CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 110,00 (CENTO E DEZ REAIS) POR PROCEDIMENTO, A TÍTULO DE CO-PARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:**

**Parágrafo único:** Haverá co-participação em consultas/sessões com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais realizadas em consultório e pronto socorro, exames e procedimentos de diagnose e terapia, realizados em consultórios médicos, clínicas, laboratórios e hospitais em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução do exame e fisioterapias e acupuntura realizadas em regime ambulatorial, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

10.18 Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas, no caso de co-participação, serão calculados sobre a tabela de honorários da UNIMED, a Tabela Hospitalar da UNIMED e os materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados pelo mercado.

**10.19 Este contrato somente será formalizado se houver uma adesão de no mínimo 10 vidas.**

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

11.1 PRÉ-ESTABELECIDO.

11.2 O pagamento total das mensalidades será feito pela CONTRATANTE, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

11.3 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de adesão, podendo a CONTRATADA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

**11.5 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.**

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

**11.7 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.**

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

## **TEMA XII – REAJUSTES**

12.1 Este contrato integra o agrupamento de contratos com até 29 beneficiários, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da ANS, de 24 de outubro de 2012, e suas atualizações.

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

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

12.1.3 Se este contrato for agrupado na data da sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.2, 12.3 e subitens.

12.1.4 Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos a partir do item 12.4 e subitens.

12.1.5 Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código do contratante informado no sistema RPC -Reajuste de Plano Coletivo, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

12.2.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro subsequente.

Parágrafo único – o teto de co-participação previsto no item 10.17 será reajustado anualmente de acordo com o índice de reajuste autorizado pela ANS.

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



12.3 Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir.

12.3.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre o mês de março e fevereiro subsequente.

12.3.2 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

**Onde: S - Sinistralidade apurada no período**

**Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato**

12.3.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.3, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

12.4.1 Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 02 meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.4.2 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.4.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

12.4.5 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

**Onde: S - Sinistralidade apurada no período**

**Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato**

12.4.6 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.4.3, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.4.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

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

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

### TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1 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%     |
| 19 - 23        | 33,68% |
| 24 - 28        | 21,01% |
| 29 - 33        | 4,59%  |
| 34 - 38        | 8,21%  |
| 39 - 43        | 14,81% |
| 44 - 48        | 15,63% |
| 49 - 53        | 29,05% |
| 54 - 58        | 28,11% |
| >59            | 46,83% |

13.2 Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela CONTRATADA, observadas as seguintes condições:

I - O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

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

III – A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

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

#### **TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS**

14.1. Para o presente contrato coletivo, em razão da primeira massa de beneficiários inscritos, foi concedido desconto de **20 (vinte 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**

**NÃO SE APLICA A ESTE CONTRATO.**

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

16.1 Caberá tão somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários;

16.2 Será excluído do contrato, sem anuência da contratante, mediante prévia notificação, o titular que perder o vínculo com a CONTRATANTE ou que vier a óbito, salvo nas hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98;

16.3 Será excluído do contrato o beneficiário titular, sem anuência da contratante, por fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;

16.4 Será excluído do contrato, sem anuência da contratante, mediante prévia notificação, o beneficiário dependente nas seguintes situações:

- a) A morte do titular;
- b) Deixar de ser cônjuge do beneficiário titular;
- c) Filhos (as) solteiros (as) ao completarem 29 anos;

- d) Filhos e filhas, solteiros, inválidos que não comprovarem dependência pelo INSS;
- e) O convivente que não comprovar união estável na forma da lei;
- f) Por fraude comprovada na utilização do objeto deste contrato;
- g) Utilizar indevidamente o cartão individual de identificação, assim entendido também a sua utilização por terceiros;
- h) Por omitir ou distorcer informações em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias e exames.

## **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 pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

Parágrafo único. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

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

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

- a) qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- b) ocorrer inadimplência das mensalidades e/ou coparticipações 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato;
- c) Nas hipóteses de fraude contratual.
- d) No caso de redução de beneficiários, vinculados ao contrato, para número inferior a 10 vidas.

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.

17.6. Em caso de rescisão imotivada por parte da CONTRATANTE, requerida antes do período de 12 (doze) meses, será cobrado o valor de 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes para se completar 12 (doze) meses.

## **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. Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante de Sistema Nacional Unimed, é possível que prestadores de serviços não incluídos no endereço eletrônico [www.unimedmaringa.com.br](http://www.unimedmaringa.com.br), 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 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 | Unimed Contratante      | CNPJ               | Prestador                                       |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| AP | UNIMED MACAPÁ           | 6097573700<br>0909 | <b>SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO</b>         |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 2989485000<br>113  | <b>OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA</b>   |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 3376102000<br>102  | <b>BAHIA SERVIÇOS DE SAÚDE S/A</b>              |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 4298699000<br>250  | <b>COOP. DE SERVIÇOS E REC. P. MED.DO SIST</b>  |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4602792000<br>125  | <b>HOSPITAL AEROPORTO LTDA</b>                  |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5261406000<br>141  | <b>MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA</b>  |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5469172000<br>122  | <b>HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR</b>   |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5512809000<br>116  | <b>HOSPITAL SALVADOR SERVICOS DE SAUDE LTDA</b> |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 7452277000<br>102  | <b>LEITE ORNELAS SERVICOS DE SAUDE LTDA</b>     |
| BA | UNIMED ILHÉUS           | 7947587000<br>190  | <b>HOSPITAL DE ILHEUS LTDA</b>                  |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 8147477000<br>106  | <b>HOSPITAL AGNUS DEI</b>                       |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 9367238000<br>124  | <b>NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA</b>         |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 9367238000<br>124  | <b>NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA</b>         |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 9367238000<br>124  | <b>NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA</b>         |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1146582300<br>0109 | <b>SAMH SERVICOS DE ASSISTENCIA MEDICO HO</b>   |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1301609200<br>0140 | <b>HOSPITAL ALIANÇA S/A</b>                     |

|    |                         |                    |   |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1301609200<br>0140 | <b>SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA</b>           |
| BA |                         | 1517583900<br>0138 | <b>FUND. COLOMBO SPINOLA – HOSPITAL SANTA LUZIA</b> |
| BA |                         |                    | <b>HOSPITAL SANTA ISABEL</b>                        |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1351863400<br>0182 | <b>HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA</b>     |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1353477100<br>0100 | <b>PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD</b>     |
| BA |                         |                    | <b>INSBOT</b>                                       |
| BA |                         |                    | <b>FUNDAÇÃO BAHIANA DE CARDIOLOGIA</b>              |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1364487700<br>0167 | <b>CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA</b>        |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1380880300<br>0119 | <b>PROMEDICA PATRIMONIAL SA</b>                     |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1386920100<br>0171 | <b>AMECA ATENDIMENTO MÉDICOS DE CATU LTDA</b>       |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1392663900<br>0144 | <b>MONTE TABOR CEN ITALO BRASILEIRO DE PROM</b>     |
| BA |                         |                    | <b>HOSPITAL CPI (PEDIÁTRICO)</b>                    |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1395206400<br>0134 | <b>INSTITUTO CARDIO PULMONAR DA BAHIA LTDA</b>      |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1402273500<br>0120 | <b>UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA</b>            |
| BA | UNIMED ITABUNA          | 1434974000<br>0142 | <b>SANTA C DE M ITABUNA</b>                         |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1437381500<br>0120 | <b>HOSPITAL DA CLIMA MARIA ALBANO LTDA</b>          |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1473670600<br>0120 | <b>SERMEDGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL</b>           |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1511310300<br>0135 | <b>REAL SOCIEDADE ESPANHOLA DE BENEFICIENCI</b>     |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1514025400<br>0182 | <b>SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO</b>      |
| BA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1515374500<br>0249 | <b>SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA</b>          |
| BA | UNIMED SALVADOR         | 1517072300<br>0106 | <b>LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INF</b>     |

|    |                            |                    |   |
|----|----------------------------|--------------------|---|
| BA | UNIMED SALVADOR            | 1517109300<br>0194 | <b>HOSPITAL EVANGÉLICO DA BAHIA</b>                                     |
| BA |                            |                    | <b>HOSPITAL JORGE VALENTE</b>   |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 1519400400<br>0125 | <b>FUNDAÇÃO JOSE SILVEIRA</b>   |
| BA | UNIMED SALVADOR            | 1519400400<br>0125 | <b>FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA</b>   |
| BA |                            |                    | <b>HOSPITAL PORTUGUÊS</b>   |
| BA |                            |                    | <b>HOSPITAL SÃO RAFAEL</b>  |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 1523364600<br>1400 | <b>CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS<br/>FRANCISCANAS HOSP. IMAC.<br/>CONCEIÇÃO</b> |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 3391756800<br>0120 | <b>CLÍNICA SANTA HELENA SC LTDA</b>                                     |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 3432610800<br>0190 | <b>SEMED SERVIÇOS MÉDICO<br/>HOSPITALARES DE CA</b>                     |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 3432614000<br>0176 | <b>PROMATER POLICLÍNICA E<br/>MATERNIDADE</b>                           |
| BA | UNIMED SALVADOR            | 4217553900<br>0202 | <b>SÔNIA E ARLINDO CONSULTÓRIOS<br/>MÉDICOS S/C</b>                     |
| BA | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 9739784800<br>0138 | <b>HOSPITAL JAAR ANDRADE</b>  |
| CE | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 4129528800<br>0156 | <b>HOSPITAL MONTE KLINIKUM SS<br/>LTDA</b>                              |
| DF | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 1869367000<br>109  | <b>INSTITUTO MÉDICO CIRÚRGICO ASA<br/>SUL LTDA</b>                      |
| DF | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 6160688000<br>153  | <b>CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISÃO</b>                                   |
| DF | UNIMED BRASÍLIA            | 5064405300<br>1004 | <b>FUNDAÇÃO ZERBINI</b>   |
| DF |                            |                    | <b>HOSPITAL ANCHIETA</b>  |
| DF |                            |                    | <b>HOSPITAL SANTA LÚCIA S/A</b>   |
| DF |                            |                    | <b>HOSPITAL SANTA LUZIA</b>   |

|    |                         |                    |   |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| MA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 6062580001<br>36   | <b>CENTRO MEDICO DE CAXIAS LTDA</b>             |
| MA |                         |                    | <b>UDI – HOSP – EMP MÉDICOS E HOSPITALARES</b>  |
| MA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1100629300<br>0130 | <b>HOSPITAL SAO DOMINGOS LTDA</b>               |
| MG |                         |                    | <b>HOSPITAL MATER DEI – BELO HORIZONTE</b>      |
| PA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 6116890001<br>90   | <b>INST DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFA</b>  |
| PA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 8336563500<br>0110 | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE LTDA</b> |
| PA |                         |                    | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SOL NASCENTE</b>      |
| PA | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 9272681900<br>1473 | <b>INSTITUTO POBRES SERVOS DA DIVINA PROVID</b> |
| PE | UNIMED RECIFE           | 2284062000<br>106  | <b>HOSPITAL ESPERANÇA</b>                       |
| PE |                         |                    | <b>HOSPITAL DE OLHOS PERNAMBUCO</b>             |
| PE |                         |                    | <b>CENTRO HOSPITALAR ALBERT SABIN</b>           |
| PE | UNIMED RECIFE           | 1083956100<br>0132 | <b>HOSPITAL SANTA JOANA</b>                     |
| PE | UNIMED RECIFE           | 1089216400<br>0124 | <b>REAL HOSPITAL PORTUGUES</b>                  |
| PE | UNIMED RECIFE           | 7023714400<br>0141 | <b>HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE</b>               |
| PR |                         |                    | <b>HOSPITAL BOM PASTOR- CIDADE: TURVO</b>       |
| PR |                         |                    | <b>HOSPITAL SÃO JOÃO - GUARAPUAVA</b>           |
| PR |                         |                    | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU</b>   |
|    |                         |                    |   |
| RJ | UNIMED RIO              | 1736180001<br>53   | <b>DH DAY HOSPITAL S C LTDA</b>                 |
| RJ | UNIMED RIO              | 3410722000<br>102  | <b>HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL</b>               |
| RJ | UNIMED RIO              | 4023995000<br>248  | <b>PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES</b> |



|    |                         |                    |  |
|----|-------------------------|--------------------|--|
| RJ | UNIMED LESTE FLUMINENSE | 2778129300<br>0148 | HCN.HOSP DE CLIN DE NITEROI LTDA.        |
| RJ |                         |                    | INSTITUTO MINESOTA (VILA SERENA)         |
| RJ | UNIMED RIO              | 3049982600<br>0701 | HOSP QUINTA D OR CT INVEST CAR           |
| RJ | UNIMED RIO              | 2860240700<br>0108 | IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO- |
| RJ | UNIMED RIO              | 2925973600<br>0241 | HOSP BARRA DOR MEDISE LTDA               |
| RJ | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 3037588500<br>0255 | CLINICA SANTA BRANCA                     |
| RJ | UNIMED RIO              | 3215470000<br>0127 | HOSP DE CL RIO MAR BARRA LTDA            |
| RJ | UNIMED RIO              | 3363048400<br>0101 | CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S A            |
| RJ | UNIMED RIO              | 3372222400<br>0166 | ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO  |
| RJ | UNIMED RIO              | 6092216800<br>0348 | CASA DE S SAO JOSE                       |
| RJ | UNIMED RIO              | 7246381300<br>0129 | CL PED DA BARRA LTDA                     |
| RJ |                         |                    | PRO CARDIACO PRONTO SOC CARDIOLOGICO     |
| RJ |                         |                    | C S LARANJEIRAS                          |
| RJ |                         |                    | HOSPITAL COPA DOR FMG                    |
| RJ |                         |                    | HOSPITAL INTEGRADO DA GÁVEA              |
| RJ |                         |                    | HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA  |
| RJ |                         |                    | ORDEM DA 3ª PENITÊNCIA                   |
| RJ |                         |                    | PRONTOCOR PRONTO SOCORRO                 |
| RJ |                         |                    | CASA DA ORDEM SÃO MIGUEL                 |
| RJ |                         |                    | CL BAMBINA                               |
| RJ |                         |                    | CLÍNICA SÃO VICENTE                      |
| RJ |                         |                    | CLÍNICA SOROCABA                         |
| RJ |                         |                    | HOSPITAL SAMARITANO CL. MED. CIR. BOT.   |
| RJ |                         |                    | CLÍNICA PEDIÁTRICA DA GÁVEA              |
| RN |                         |                    | PROMED                                   |
| RN |                         |                    | HOSPITAL GERAL CEL. PEDRO GERMANO        |
| RN |                         |                    | CASA DE SAÚDE PETRÓPOLIS                 |

|    |                      |                    |  |
|----|----------------------|--------------------|--|
| RN |                      |                    | <b>IMEP-INST DE MEDICINA PEDIÁTRICA</b>                    |
| RN |                      |                    | <b>MATERNIDADE JANUÁRIO9 CICCO</b>                         |
| RN |                      |                    | <b>HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO</b>                   |
| RN |                      |                    | <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES</b>                 |
| RS | UNIMED VALE DO SINOS | 4337634000<br>195  | <b>HOSPITAL MUNICIPAL NOVO HAMBURGO</b>                    |
| RS | UNIMED NORDESTE-RS   | 8727700000<br>0111 | <b>SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE</b>                       |
| RS | UNIMED VALE DO SINOS | 8833258000<br>7763 | <b>COMUNIDADE EVANGELICA LUTER SAO PAULO LT</b>            |
| RS | UNIMED PORTO ALEGRE  | 8862568600<br>2443 | <b>ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC</b>                   |
| RS |                      |                    | <b>HOSPITAL N.S. MEDIANEIRA DO CÍRC. OPERÁRIO CAXIENSE</b> |
| RS |                      |                    | <b>SEBS-LABORATÓRIO</b>                                    |
| RS | UNIMED PORTO ALEGRE  | 9268583300<br>0151 | <b>ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO</b>                   |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 4729960001<br>38   | <b>EMIR SERVICOS MEDICOS LTDA.</b>                         |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 1595799000<br>179  | <b>SOCIMED - SERV. HOSPITALARES LTDA</b>                   |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 2765097001<br>635  | <b>ASSOCIACAO BENEDITINA DA PROVIDENCIA</b>                |
| SC | UNIMED FLORIANÓPOLIS | 1085302100<br>0103 | <b>HOSP DA PLASTICA DE SANTA CATARINA LTDA</b>             |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8255848700<br>0197 | <b>HOSP. MUNICIPAL HENRIQUE LAGE</b>                       |
| SC | FED. SANTA CATARINA  | 8301623800<br>0132 | <b>ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR SAO PEDRO LTDA</b>               |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8324971400<br>0165 | <b>FUND.MED.SOC.RURAL SAO SEBASTIAO</b>                    |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8346712600<br>0106 | <b>HOSPITAL SANTO ANTONIO</b>                              |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8370879200<br>0180 | <b>FUND. MEDICA SOCIAL RURAL SAO MART</b>                  |
| SC | FED. SANTA CATARINA  | 8374345000<br>0100 | <b>SOC. HOSP. COMUNITARIA P. CLEMENTE KAMPM</b>            |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8388330600<br>1213 | <b>S.D.P. HOSP.NOSSA SENHORA DA CONCEI</b>                 |
| SC | UNIMED TUBARÃO       | 8420313200<br>0100 | <b>HOSPITAL DE CARIDADE SAO JOAO BATIS</b>                 |

|    |                         |                    |   |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| SC | UNIMED TUBARÃO          | 8442351600<br>0139 | <b>HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA</b>                            |
| SC | UNIMED JOINVILLE        | 8469440500<br>0167 | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA</b>                           |
| SC | UNIMED TUBARÃO          | 8490398800<br>0199 | <b>HOSPITAL CARIDADE SENHOR BOM JESUS</b>                           |
| SC | UNIMED TUBARÃO          | 8528593000<br>0191 | <b>FUND. HOSPITALAR SANTA OTILIA</b>                                |
| SC | UNIMED TUBARÃO          | 8587870000<br>0136 | <b>FUND.MED.SOCIAL RURAL RIO FORTUNA</b>                            |
| SC | UNIMED TUBARÃO          | 8643784500<br>0164 | <b>HOSPITAL SANTA TEREZINHA</b>                                     |
| SC |                         |                    | <b>HOSP. DE CLÍNICAS BELMIRO SAGGIORATTO LTDA</b>                   |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 1357400001<br>35   | <b>ADLM SERVICOS MEDICOS LTDA</b>                                   |
| SP | UNIMED SÃO CARLOS       | 1335266000<br>158  | <b>PRO VISAO HOSPITAL DE OLHOS LTDA</b>                             |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 2029840000<br>102  | <b>BETA HOSPITAIS ASSOCIADOS LTDA</b>                               |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 2902926000<br>106  | <b>HOSPITAL BOSQUE DA SAUDE</b>                                     |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 3325102000<br>175  | <b>UNIDADE GERONTOLOGICA PAULISTA</b>                               |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4168957000<br>100  | <b>COMPLEXO HOSPITALAR PAULISTA</b>                                 |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4191313000<br>206  | <b>SEMEAR GESTAO DE SERVICOS HOSPITALARES</b>                       |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6047087000<br>139  | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A</b>                          |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6047087000<br>210  | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A</b>                          |
| SP |                         |                    | <b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP FUNDAÇÃO ZERBINI-INCOR SÃO PAULO</b> |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 8620828000<br>154  | <b>ASSOCIACAO HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ES</b>                     |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 9122934000<br>251  | <b>BW MEDICA SERVICOS HOSPITALARES LTDA</b>                         |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4302246600<br>0109 | <b>UNIDADE OFTALMOLOGICA DE SANTANA</b>                             |

|    |                         |                    |   |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| SP |                         |                    | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL</b>            |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4654378100<br>0676 | <b>SOC ASSIST BANDEIRANTES</b>                  |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 4966710800<br>0121 | <b>HOSPITAL SANTA MONICA SC LTDA</b>            |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5052950200<br>0263 | <b>CEAM - CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICA MORA</b> |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5126266500<br>0104 | <b>CLINICA MEDICA SANTO ANTONIO</b>             |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5257823400<br>0114 | <b>DIOSP SERVICOS MEDICOS SC LTDA</b>           |
| SP | UNIMED JABOTICABAL      | 5689636800<br>0134 | <b>IRMANDADE MISER DE JABOTICABAL</b>           |
| SP | CENTRAL NACIONAL UNIMED | 5700959900<br>0141 | <b>HOSPITAL SANTO AMARO S/C LTDA</b>            |
| SP | UNIMED ABC              | 5755566600<br>0123 | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL</b>            |
| SP | UNIMED ABC              | 5913572300<br>0140 | <b>HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A</b>               |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6045302400<br>0390 | <b>ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO</b>            |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6054424400<br>0167 | <b>SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO</b>            |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6067860400<br>0113 | <b>HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A</b>             |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6072650200<br>0126 | <b>HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ</b>                |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6087522600<br>0168 | <b>HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LO</b> |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6088485500<br>0316 | <b>HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A</b>               |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6092216800<br>0771 | <b>ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA</b> |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6096196800<br>0106 | <b>FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE</b>                |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6097573700<br>0232 | <b>SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA</b>   |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6106221200<br>0198 | <b>FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV</b> |
| SP | UNIMED PAULISTANA       | 6121367400<br>0169 | <b>PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA</b>        |

|    |                            |                    |   |
|----|----------------------------|--------------------|---|
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 4360373000<br>124  | <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SINO<br/>BRASILEIRO L</b>                               |
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 6159041000<br>0124 | <b>SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP.SIRIO<br/>LIBANES</b>                                |
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 6159990800<br>0158 | <b>REAL E BENEMERITA SOC<br/>PORTUGUESA BENEF</b>                                 |
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 6277914500<br>0190 | <b>IRMANDADE DA SANTA CASA DE<br/>MISERICORDIA</b>                                |
| SP | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 6299664000<br>0150 | <b>LAPA ASSISTENCIA MEDICA S/S<br/>LTDA</b>                                       |
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 6675061300<br>0154 | <b>INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE<br/>SAO PAUL</b>                               |
| SP | CENTRAL NACIONAL<br>UNIMED | 6718569400<br>0150 | <b>GRAACC GRUPO DE APOIO AO<br/>ADOLESCENTE</b>                                   |
| SP | UNIMED PAULISTANA          | 6077790100<br>0205 | <b>HOSPITAL SANTA PAULA S/A<br/>PRO VISÃO HOSPITAL DE OLHOS<br/>LTDA</b>          |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL SANTA MARTA</b>   |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL ALBERT EINSTEIN</b>   |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL PRÍNCIPE HUMBERTO S/A</b>   |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL SANTA ELISA</b>   |
| SP |                            |                    | <b>NEOMATER S/C LTDA</b>  |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL SÃO LEOPOLDO<br/>DELBONI AURIEMO (DIAGNÓSTICO<br/>DA AMÉRICA S/A)</b> |
| SP |                            |                    | <b>LAB. ANAL. PESQ. CLIN. GASTÃO<br/>FLEURY</b>                                   |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL CARLOS CHAGAS S/A<br/>SOCIEDADE PORTUGUESA DE<br/>BENEFICIÊNCIA</b>   |
| SP |                            |                    | <b>PRO MATRE PAULISTA S.A.</b>  |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL ANCHIETA S.A.</b>   |
| SP |                            |                    | <b>HOSPITAL FAMILY-SÃO PAULO</b>  |

**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 É PARTE INTEGRANTE DESTES CONTRATO:**

- 18.1.1 Proposta de Adesão;
- 18.1.2 Formulário de Declaração de Saúde;
- 18.1.3 Relação dos Hospitais não cobertos por este Contrato;
- 18.1.4 Guia Médico;
- 18.1.5 Manual de Contratação de Plano de Saúde;
- 18.1.6 Guia de Leitura Contratual.

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

18.5 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.

18.6 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

18.7 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.

18.8 A CONTRATANTE autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

18.9 CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, declarações de vínculo legal de seus beneficiários ao contrato, para fins de instrução de processos administrativos junto a órgãos públicos.

**TEMA XIX – ELEIÇÃO FORO**

19.1 Fica eleito o domicílio do 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.

Maringá - Pr, 01 de Março de 2016.

TESTEMUNHAS:

\_\_\_\_\_  
RG:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
COCAMAR COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL  
C.N.P.J: 79.114.450/0001-65

\_\_\_\_\_  
RG:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
UNIMED REGIONAL MARINGÁ  
C.N.P.J: 76.767.219/0001-82