

OPERADORA: UNIMED CURITIBA SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS**CNPJ: 75.055.772/0001-20****Nº DE REGISTRO NA ANS: 30470-1****Nº DE REGISTRO DOS PRODUTOS: 704.371/99-6, 704.372/99-4, 704.375/99-9 e 704.376/99-7****SITE: [HTTP://WWW.UNIMEDCURITIBA.COM.BR](http://www.unimedcuritiba.com.br)****TELEFONES:**

(41) 3019-2000 - EXCLUSIVO PARA LIBERAÇÕES DE PROCEDIMENTOS.

0800 642 2002 - EXCLUSIVO PARA SUGESTÕES, RECLAMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS.

0800 642 5005 - EXCLUSIVO PARA DEFICIENTE AUDITIVO OU DE FALA.

Guia de Leitura Contratual

Página do
Contrato

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	3
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	14 ou 15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	21 ou 22

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem o direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito de forma clara no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	20 ou 21
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação). Assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	25 ou 26
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará do contrato.	20
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	34 ou 35
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração de custos, ocasionada por fatores como: inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	32 ou 33
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observada as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica

Para se informar sobre este e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, consulte a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

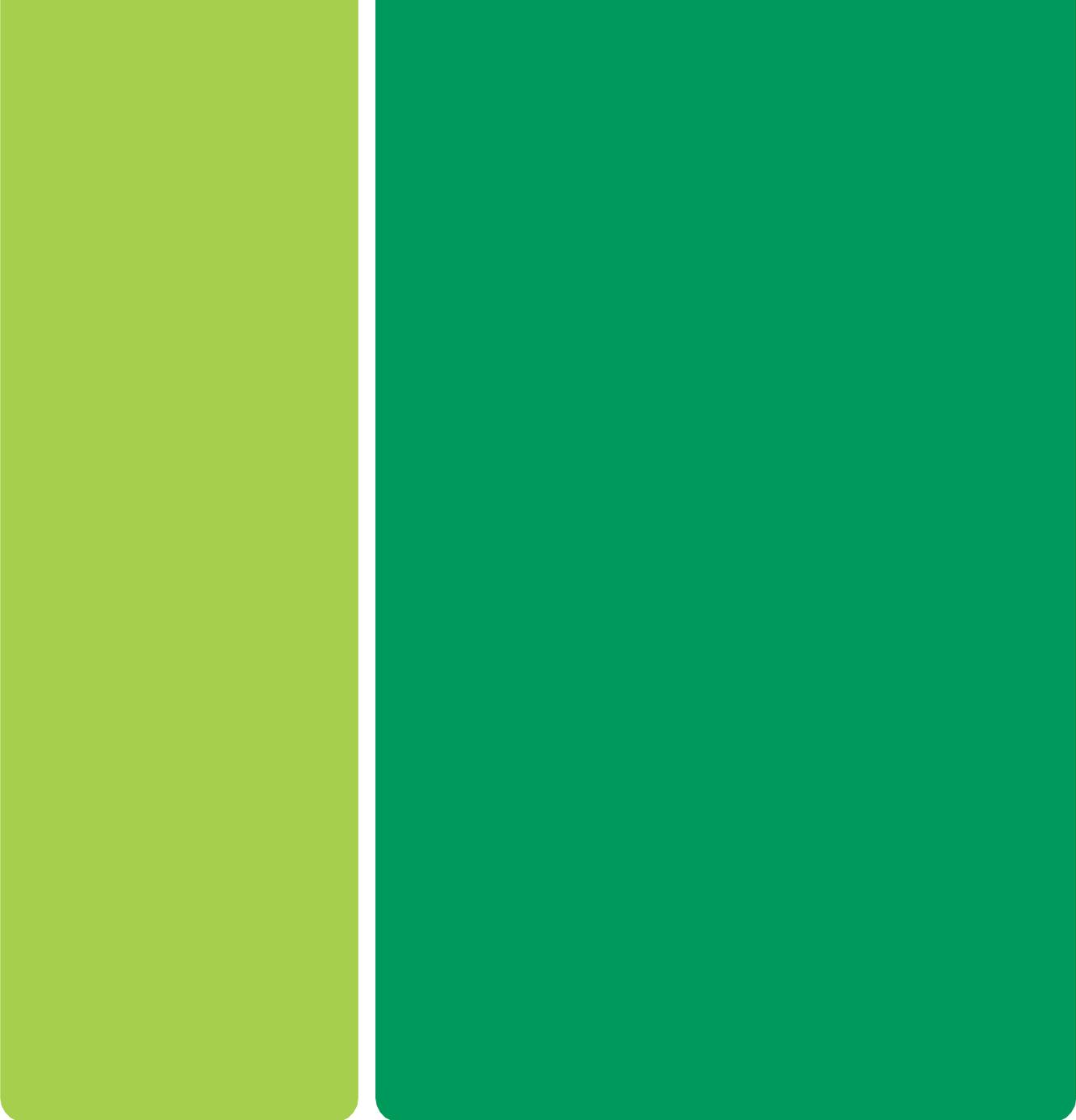


Agência Nacional de Saúde
Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84
20.021-040 - Glória
Rio de Janeiro/RJ

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



REGULAMENTO PLANO FLEX COPARTICIPAÇÃO - 1 APARTAMENTO

PESSOA FÍSICA
12ª EDIÇÃO



ÍNDICE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:	3
QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:	3
NOME COMERCIAL E N.º DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:	3
TIPO DE CONTRATAÇÃO:	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:	3
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:	3
ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:	3
FORMAÇÃO DOPREÇO:	4
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:	4
TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO	5
TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	5
TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	10
TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA	14
TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO	20
TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA	20
TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES	21
TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO	25
TÍTULO X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	30
TÍTULO XI - REAJUSTE	32
TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS	33
TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	34
TÍTULO XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO	34
TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERIAS	35
TÍTULO XVI - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS	37
CAPÍTULO I - BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF)	37
CAPÍTULO II - TRANSPORTE AEROMÉDICO	44
CAPÍTULO III - DO PACOTE DE BENEFÍCIOS	49
CAPÍTULO IV - EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS	51
CAPÍTULO V - SOS UNIMED CURITIBA	54
TÍTULO XVII - ELEIÇÃO DE FORO	63
A. PROTEÇÃO FAMILIAR	63
B. SEGURO DE VIDA	67
C. SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL	68
DISPOSIÇÕES GERAIS E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	73

PROPOSTA DE ADMISSÃO N.º _____**REGULAMENTO PLANO FLEX - 12ª EDIÇÃO****QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:**

UNIMED CURITIBA – SOCIEDADE COOPERATIVA DE MÉDICOS, Cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob n.º 80 - 29/12/72, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob n.º 30470-1, registrada na Junta Comercial do Paraná sob n.º 4140000865-7 e cadastrada no CNPJ/MF sob n.º 75.055.772/0001-20, com sede na Avenida Affonso Penna, n.º 297, Bairro Tatumã, Curitiba/PR., CEP: 82530-280 Classificação na ANS: Cooperativa Médica.

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

CONTRATANTE devidamente qualificado e identificado na Proposta de Admissão de mesmo número deste regulamento.

O contratante tem o dever de manter as suas informações cadastrais atualizadas.

NOME COMERCIAL E N.º DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

PlanoFlexCo-Part1-AmbHosp/ObstApto.
Registro na ANS nº 459.875/09-0.

TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Individual ou Familiar.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

Amb + Hosp com Obstetrícia.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

A prestação dos serviços contratados será garantida somente nas cidades de Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Colombo, Balsa Nova, Araucária, Quatro Barras, Almirante Tamandaré, Piraquara, Contenda, Mandirituba, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Rio Branco do Sul, Pinhais, Fazenda Rio Grande, Lapa, São Mateus do Sul, Campo Magro, Itaperuçu, Adrianópolis, Cerro Azul, Doutor Ulysses, Tunas do Paraná e Porto Amazonas.

Obs: Excepcionalmente nas situações de urgência e emergência será possível o atendimento pelas demais cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, sediadas nas demais cidades não elencadas acima.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

Região 4.

GRUPO DE MUNICÍPIOS - CURITIBA, SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, CAMPO LARGO, COLOMBO, Balsa Nova, ARAUCÁRIA, QUATRO BARRAS, ALMIRANTE TAMANDARÉ, PIRAQUARA, CONTENDA, MANDIRITUBA, BOCAIÚVA DO SUL, CAMPINA GRANDE DO SUL, RIO BRANCO DO SUL, PINHAIS, FAZENDA RIO GRANDE, LAPA, SÃO MATEUS DO SUL, CAMPO MAGRO, ITAPERUÇU, ADRIANÓPOLIS, CERRO AZUL, DOUTOR ULYSSES, TUNAS DO PARANÁ E PORTO AMAZONAS.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:

O Padrão de Acomodação é Individual

FORMAÇÃO DOPREÇO:

O valor das mensalidades a ser pago pelos serviços ajustados na forma deste contrato será em pré-pagamento.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:

Benefício Família (BF), Transporte Aeromédico, Pacote de Benefícios, Emergências Odontológicas e SOS Unimed Curitiba



TÍTULO I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

Art. 1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol de procedimentos médicos vigente instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.

Art. 2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TÍTULO II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Art. 3 - São beneficiários deste contrato o Contratante, denominado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

Art. 4 - Para efeito deste contrato, o beneficiário titular é o beneficiário dos serviços contratados.

Art. 5 - São beneficiários dependentes em relação ao beneficiário titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos(as) naturais ou adotivos(as), solteiros(as);
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, inclusive os com guarda provisória, que ficam equiparados aos filhos;
- d) O neto(a) e o(a) sobrinho(a) solteiro(a) e consanguíneo do beneficiário titular.
- e) Irmão(ã) do beneficiário titular até o limite de idade de 42 anos, 11 meses e 29 dias.
- f) Cunhado(a) do beneficiário titular, assim considerado o cônjuge ou companheiro de irmão do titular, até o limite de idade de 42 anos, 11 meses e 29 dias.
- g) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- h) os filhos comprovadamente inválidos.

§1º. Os irmãos e cunhados do cônjuge ou companheiro(a) do titular não poderão ser incluídos como dependentes.

§2º. A inclusão do dependente está condicionada à apresentação da documentação completa e suficiente a demonstrar o seu status em relação ao beneficiário titular.

§3º. A Unimed Curitiba poderá solicitar, a qualquer tempo, a seu exclusivo critério, cópia de qualquer documentação que julgar necessária para inclusão, acompanhamento e/ou exclusão do dependente.

§4º. O beneficiário que não apresentar os documentos requeridos pela Unimed Curitiba não poderá ser incluído como dependente.

§5º. Todos os dependentes acima estão sujeitos às mesmas condições de cumprimento de carências e CPT - Cobertura Parcial Temporária em vigor, conforme estabelecido neste contrato. Os dependentes farão jus aos mesmos serviços médico-hospitalares e terapêuticos garantidos aos demais beneficiários do plano e estarão sujeitos às mesmas exclusões de cobertura. Seguem ainda as mesmas regras de sistemática de utilização do plano de saúde, reajustes, rescisão, dentre outras previstas neste regulamento, excetuados o Benefício Família (BF) e o Pacote de Benefícios.

§6º. Os dependentes netos, sobrinhos, irmãos e cunhados (cônjuge ou companheiro de irmão do titular) não terão direito aos benefícios especiais do Benefício Família (BF) e do Pacote de Benefícios, conforme já previsto neste contrato, ainda que sejam incapazes, inválidos ou dependam economicamente do titular.

§7º. Perderá imediatamente o direito ao plano de saúde aquele que vier a perder sua condição de dependência em relação ao titular, situação em que a Unimed Curitiba estará legitimada a promover a sua imediata exclusão, independentemente de aviso prévio.

I. A perda da dependência ocorrerá:

- a) Caso fique comprovada a dissolução do vínculo matrimonial ou da união estável entre o titular e o seu cônjuge ou companheiro(a);
- b) Caso fique comprovada a dissolução do vínculo matrimonial ou da união estável entre o cunhado(a) do titular e o seu irmão;
- c) Quando o filho(a), neto(a) ou o sobrinho(a) vier a perder o status de solteiro(a).
- d) Com a extinção da tutela ou guarda provisórios.
- e) Quando o irmão ou cunhado do beneficiário titular completar 43 anos de idade.

II. Nos casos de exclusão do plano de saúde por perda da condição de dependência, o

dependente excluído poderá postular a portabilidade para outro plano de saúde, desde que preenchidos os critérios da Resolução Normativa nº. 438/2018 da Agência Nacional de Saúde – ANS ou de outra regra que venha a substituí-la. No novo plano o cliente deverá se sujeitar a todas as condições do plano de saúde, inclusive à tabela de preços vigente na data da nova adesão.

- III. Nos casos de exclusão do plano de saúde por perda da condição de dependência, se o dependente excluído não quiser realizar a portabilidade, poderá optar pela contratação de um novo plano de saúde individual da Unimed Curitiba, hipótese em que fará jus ao abatimento das carências e CPT já cumpridas desde que não ocorra interrupção temporal entre a exclusão e a nova adesão. No novo plano o cliente deverá se sujeitar a todas as condições do plano de saúde escolhido, inclusive à tabela de preços vigente na data da nova adesão.
- IV. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes por um dos dependentes, seguindo obrigatoriamente a ordem a seguir:
- a) O dependente que seja cônjuge ou companheiro do beneficiário titular;
 - b) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge ou companheiro, assumirá como titular o dependente que é o filho mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo filho dependente mais velho e assim sucessivamente até o último filho dependente;
 - c) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge/companheiro e filhos, assumirá como titular o dependente que é irmão mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo irmão mais velho dependente e assim sucessivamente até o último irmão dependente;
 - d) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge/companheiro, filhos e irmãos, assumirá como titular o dependente que é o neto mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo neto mais velho dependente e assim sucessivamente até o último neto dependente;
 - e) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge/companheiro, filhos, irmãos e netos assumirá como titular o dependente que é o sobrinho mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo sobrinho mais velho dependente e assim sucessivamente até o último sobrinho dependente;
 - f) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge/companheiro, filhos, irmãos, netos e sobrinhos assumirá como titular o dependente que é o enteado mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo enteado mais velho dependente e assim sucessivamente até o último enteado dependente;

- g) Na ausência ou recusa de assumir a titularidade de cônjuge/companheiro, filhos, irmãos, netos, sobrinhos e enteados assumirá como titular o dependente que é o cunhado mais velho do beneficiário titular. Caso ele não deseje assumir a titularidade do plano, esta passará ao segundo cunhado mais velho dependente e assim sucessivamente até o último cunhado dependente.
- V. A recusa e o aceite da assunção do status de contratante, titular e responsável financeiro deverá ser formal. Na hipótese do dependente a quem cabe a titularidade ser menor de idade ou incapaz, o aceite ou a recusa deverão ser formalizados pelo seu responsável legal.
- VI. O dependente que assumir a titularidade passará automaticamente a ser o contratante e o responsável pelo pagamento das mensalidades. Na hipótese do dependente a quem coube a titularidade ser menor de idade ou incapaz, seu responsável legal é quem assumirá todos os deveres e direitos do contrato.
- VII. Sempre que houver mudança na titularidade, o novo titular passará a ser o contratante e o responsável pelo pagamento das faturas. O novo titular somente poderá incluir como dependentes, cônjuge e filhos, nos moldes previstos no regulamento e no presente documento.
- VIII. O disposto no inciso IV acima não se aplica às hipóteses de rescisão contratual/cancelamento do contrato a pedido do contratante ou do titular ou por inadimplência ou fraude.

§8º. O contratante detém a prerrogativa de promover toda e qualquer mudança contratual, tais como alteração de titularidade, inclusão e exclusão de beneficiários, alteração de segmentação, mudança do responsável financeiro, rescisão contratual etc., sem necessidade do aval do responsável financeiro ou dos beneficiários dependentes. Assim, os dependentes que optarem por permanecer no plano estarão sujeitos à autoridade do novo titular para todo e qualquer fim, não podendo posteriormente alegar desconhecimento acerca das consequências de tal condição.

§9º. O dependente que fizer jus à titularidade, de acordo com a ordem acima estipulada, mas recusar-se a assumir tal posição poderá permanecer no plano na qualidade de dependente, contudo, estará sujeito aos desejos do novo titular que poderá, inclusive, postular a sua exclusão.

§10. Os beneficiários excluídos mediante pedido formal do contratante/titular perderão o direito de usufruir do plano de saúde.

- I. Nos casos de exclusão do plano de saúde a pedido do contratante/titular, o dependente excluído poderá postular a portabilidade para outro plano de saúde, desde que preenchidos os critérios da Resolução Normativa nº. 438/2018 da Agência Nacional de Saúde – ANS ou de outra regra que venha a substituí-la.

- II. Nos casos de exclusão do plano de saúde a pedido do contratante/titular, o dependente excluído poderá optar pela contratação de um novo plano de saúde individual da Unimed Curitiba, hipótese em que fará jus ao abatimento das carências e CPT já cumpridas desde que não ocorra interrupção temporal entre a exclusão e a nova adesão. No novo plano o cliente deverá se sujeitar a todas as condições do plano de saúde escolhido, inclusive à tabela de preços vigente na data da nova adesão.
- III. O dependente que fizer jus ao Plano de Extensão Assistencial ou Benefício Família, de acordo com as regras específicas sobre a matéria previstas neste regulamento, ao término da benesse poderá retornar ao plano de saúde em questão, porém, no caso de outro dependente do titular falecido ter assumido a titularidade do plano, seu retorno somente será possível na condição de dependente, e estará sujeito à autoridade do novo titular, o qual poderá, inclusive, postular a sua exclusão.
- IV. Em hipótese alguma será permitida a emissão de cobrança individual de mensalidade a cada beneficiário. A cobrança de mensalidade será sempre única para cada contrato/proposta de admissão e englobará o valor de todos os beneficiários inscritos no mesmo, competindo a quitação do valor total ao contratante/titular ou a terceiro por ele designando como responsável financeiro e que tenha aceitado formalmente tal ônus.
- V. A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no contrato.

Art. 6 - É assegurada a inclusão:

- I. Do recém-nato, filho natural ou adotivo do beneficiário, isento do cumprimento dos períodos de carência e CPT (Cobertura Parcial Temporária), contanto que, simultaneamente:
 - a) esteja previsto no plano o atendimento obstétrico, o pai ou mãe tenham cumprido pelo menos 180 (cento e oitenta) dias de carência; e
 - b) a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.
- II. do filho adotivo, inclusive com a guarda provisória, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante;
- III. do cônjuge do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento;
- IV. Ultrapassados os prazos previstos nesta Cláusula, os novos beneficiários cumprirão os períodos de carências indicados no Art. 23 que define os Períodos de Carência;
- V. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar o contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato.

TÍTULO III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Art. 7 - A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste Título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10^o Revisão CID- 10, conforme Rol de Procedimentos E Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

Art. 8 - A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica.

Art. 9 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

Art. 10 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais priorizará o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando-se a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e de acordo com indicação do médico assistente.

Art. 11 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10^o Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 12 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURA AMBULATORIAL

Art. 13 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatorios, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

I - Cobertura de consultas médicas com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

ambiente hospitalar;

III - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

IV - Procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

V - Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente;

VI - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
- c) radioterapia;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatorial;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

VII - Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo:

- a) atividades educacionais;
- b) consultas de aconselhamento para planejamento familiar;
- c) atendimento clínico;
- d) sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);
- e) implante de dispositivo intrauterino (diu) hormonal incluindo o dispositivo.

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

COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Art. 14 - A CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios, credenciados ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I. Cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar incluindo o

seguinte procedimento: sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERON A (SDHEA);

- II. Diárias de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, a critério do médico assistente, reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;
- III. Acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, havendo indisponibilidade de leito hospitalar na acomodação contratada nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- IV. Cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- V. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- VI. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- VII. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados;
- VIII. Remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro, nos termos da Resolução Normativa n.º 347/2014 e Resolução CONSU n.º 13/1998 ambas da ANS, bem como, suas respectivas atualizações;
- IX. Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de dezoito anos e com idade igual ou superior a 60 anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares;
- X. Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação 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;
- XI. Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, 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.

- XII. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada ao nível de internação hospitalar:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - b) quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - c) procedimentos radioterápicos ambulatorial e hospitalar;
 - d) hemoterapia;
 - e) nutrição parenteral e enteral;
 - f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - g) embolizações;
 - h) radiologia intervencionista;
 - i) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
 - j) procedimentos de reeducação e reabilitação física;
 - k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante, exceto medicação de manutenção.
- XIII. 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;
- XIV. Cirurgia plástica reparadora quando efetuada para restauração de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XV. Procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto e puerpério;
- XVI. Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- XVII. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, desde que o beneficiário (pai ou mãe do recém-nascido) tenha cumprido carência de 300 dias para parto a termo;
- XVIII. Todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como tratamentos decorrentes de transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, incluindo:
- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;

- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
- c) Esse percentual de coparticipação equivalerá ao máximo admitido por norma editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que estiver vigente à época da contratação do plano;
- d) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

Art. 15 - Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

§ 1º Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:

- I. as despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. os medicamentos utilizados durante a internação;
- III. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- IV. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º Os beneficiários candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 3º 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 autorizado em que se encontre o receptor.

TÍTULO IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Art. 16 - Em conformidade com o que prevê a Lei nº. 9656/98, e respeitando as coberturas mínimas obrigatórias previstas na Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, estão excluídos de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;
- Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a)** acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 anos;
 - b)** acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos e pessoas portadoras de deficiências; e
 - c)** despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.
- Cirurgias para mudança de sexo;
- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;
- Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos

hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas a Operadora, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;

- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- Inseminação artificial;
- Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;
- Aplicação de vacinas;
- Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência, bem como remoção domiciliar, salvo nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
- Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
- Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina

Art. 17 - Os hospitais a seguir relacionados, denominados Hospitais de Tabela Própria, bem como, qualquer outro que não acate as tabelas preconizadas pelo Sistema Unimed, estão EXCLUÍDOS da Rede Contratada, não estando, conseqüentemente, incluídos na cobertura deste contrato, quais sejam:

MUNICÍPIO	UF	CNPJ	PRESTADOR	NOME FANTASIA
ALAGOINHAS	BA	13.518.634/0001-82	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ALAGOINHAS LTDA	HCA HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ALAGOINHAS
		14.022.735/0001-20	UMI URGÊNCIA MÉDICA INFANTIL LTDA - EPP	UMI URGÊNCIA MÉDICA INFANTIL

		13.644.877/0001-67	CETRO -CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E ORTOPEDIA LTDA - EPP	CETRO
CAMAÇARI	BA	05.261.406/0001-41	MED CENTER CLIRCA - CLÍNICA METROPOLITANA LTDA	MED CENTER CLIRCA
		14.736.706/0001-20	SERMEGE SERVIÇOS MÉDICOS EM GERAL LTDA	SERMEGE SERVIÇOS MEDICOS EM GERAL LTDA
CAMAÇARI	BA	33.917.568/0001-20	CLÍNICA SANTA HELENA LTDA	HOSPITAL SANTA HELENA CAMACARI
		34.326.108/0001-90	SEMED SERVIÇOS MÉDICO HOSPITALARES DE CAMAÇARI – LTDA	HOSPITAL SEMED
CANDEIAS	BA	14.373.815/0001-20	HOSPITAL DA CLIMA CLÍNICA MARIA ALBANO LTDA	CLIMA
		02.106.150/0006-14	CENTRO DE MEDICINA HUMANA S/C LTDA ME	UNIDADE MÉDICA INTEGRADA UMI/CMH - CENTRO
DIAS D'ÁVILA	BA	34.326.140/0001-76	PROMATER POLICLÍNICA E MATERNIDADE SOCIEDADE SIMPLES LTDA	PROMATER POLICLÍNICA E MATERNIDADE
SALVADOR	BA	13.534.771/0001-00	PROBABY - CLÍNICA INFANTIL E URGÊNCIAS S/S	CLÍNICA PROBABY
		13.016.092/0001-40	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANÇA	HOSPITAL ALIANÇA
		15.194.004/0001-25	FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	HOSPITAL SANTO AMARO
		97.397.848/0001-38	HOSPITAL JAAR ANDRADE – LTDA	HOSPITAL JAAR ANDRADE
		13.808.803/0001-19	PROMEDICA PATRIMONIAL SA PROPAT	HOSPITAL JORGE VALENTE
		15.171.093/0001-94	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA
		15.140.254/0001-82	SERVICOS DE EMERGENCIA MÉDICO CIRURGICOS LTDA	HOSPITAL AGENOR PAIVA
		09.367.238/0001-24	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA - ME	INSBOT
		15.153.745/0002-49	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA - ME	HOSPITAL SANTA IZABEL
		63.259.618/0001-90	LITHOCENTER HOSPITAL DIA SOCIEDADE SIMPLES LTDA	CLÍNICA DE UROLOGIA MODESTO JACOBINO
		05.469.172/0001-22	HBA SA ASSISTENCIA MÉDICA E HOSPITALAR	HBA S A ASSISTENCIA MÉDICA E HOSPITALAR
		05.542.437/0001-70	MEDTOWER INVESTIGACAO DIAGNOSTICA LTDA	HOSPITAL SALVADOR
		02.989.485/0001-13	OTORRINO CENTER LTDA	DAY HOSPITAL LOUIS PASTEUR
BRASÍLIA	DF	06.787.173/0001-88	HOSPITAL E CLÍNICAS SK STECKELBERG LTDA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BRASÍLIA
		03.365.389/0001-67	CARPEVIE CENTRO DE MEDICINA INTEGRADA LTDA	MATERNIDADE BRASÍLIA
		72.576.143/0001-57	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	HOSPITAL SAO FRANCISCO
		36.767.721/0001-79	CENTRO DE CONVIVENCIA E ATENCAO PSICOSSOCIAL LTDA	CLÍNICA MANSO VIDA
		04.862.313/0001-00	CENTRO CLÍNICO AMMA LTDA – EPP	CENTRO CLÍNICO AMMA LTDA
		37.114.071/0001-25	INBOL INSTITUTO BRASILENSE DE OLHOS SS - LTDA	INBOL
		92.898.550/0006-00	FUNDAÇÃO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FED
		37.108.388/0001-59	HOME HOSPITAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA LTDA	HOME HOSPITAL
		06.160.688/0001-53	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO LTDA	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO
		00.106.435/0001-15	HOSPITAL SANTA LUZIA SA	HOSPITAL SANTA LUZIA
		01.584.275/0001-82	HOSPITAL DO CORACAO DO BRASIL S/A	HOSPITAL DO CORACAO DO BRASIL

		04.021.368/0002-78	LAF EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES LTDA	HOSPITAL BRASILIA
		26.989.129/0001-68	CLÍNICA DO RENASCER LTDA	CLÍNICA DO RENASCER LTDA
		01.869.367/0001-09	INSTITUTO MÉDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA EPP	DAY CLINIC
		03.056.609/0001-70	ISOB INSTITUTO DE SAUDE DE OLHOS BRASILIA S/S LTDA	ISOB
		00.382.069/0001-27	HOSPITAL LAGO SUL SA	HOSPITAL DAHER LAGO SUL S.A
		00.610.980/0001-44	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA
BRASÍLIA	DF	01.602.408/0001-04	CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS DE BRASÍLIA LTDA	CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIIS DE BRASÍLIA LTDA
		00.117.242/0001-60	CRB - CENTRO RADIOLÓGICO DE BRASÍLIA S/A	CRB - CENTRO RADIOLÓGICO DE BRASÍLIA
		00.401.471/0011-83	EXAME LABORATORIOS DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA	LABORATÓRIO EXAMES
RECIFE	PE	09.464.629/0001-67	HOPE HOSPITAL DE OLHOS DE PERNAMBUCO LTDA	HOPE
		70.237.144/0001-41	HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ LTDA	HOSPITAL MEMORIAL SÃO JOSÉ LTDA
		02.284.062/0001-06	HOSPITAL ESPERANCA S/A	HOSPITAL ESPERAMCA
		10.839.561/0001-32	HOSPITAIS ASSOC DE PERNAMBUCO LTDA	SANTA JOANA
		11.452.240/0001-43	ORGANIZACAO HOSPITALAR DE PERNAMBUCO LTDA	HOSPITAL JAYME DA FONTE
		11.214.624/0019-57	UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	HOSP UNIMED RECIFE I I I
		10.892.164/0001-24	REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO	REAL HOSPITAL PORTUGUES
NITERÓI	RJ	27.781.293/0001-48	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE NITEROI LTDA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE NITEROI LTDA
		31.671.480/0003-08	HOSPITAL ICARAI CLÍNICA SAO GONCALO LTDA	HOSPITAL ICARAI
RIO DE JANEIRO	RJ	03.410.722/0001-02	MEIER MEDICAL CENTER LTDA	HOSPITAL PASTEUR
		00.173.618/0001-53	DH - DAY HOSPITAL LTDA	DH - DAY HOSPITAL
		60.922.168/0003-48	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	CASA DE SAUDE SAO JOSE
		28.602.407/0001-08	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MÉDICO-CIRURGICA INFANTIL LTDA	IPANEMA SERV MED INF
		29.259.736/0002-41	MEDISE MEDICINA DIAGNOSTICO E SERVICOS S.A	HOSPITAL BARRA D OR
		31.635.857/0001-01	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	HOSPITAL INTEGRADOS DA GAVEA - SAO VICENTE
		32.154.700/0001-27	HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR BARRA LTDA	HOSPITAL DE CLÍNICAS RIO MAR
		33.171.638/0001-44	CLÍNICA MÉDICO CIRURGICA BOTAFOGO S.A.	HOSPITAL SAMARITANO
		33.419.482/0001-78	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	PERINATAL LARANJEIRAS
		33.630.484/0001-01	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S/A	CASA DE SAUDE STA LUCIA
		33.722.224/0001-66	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO	HOSPITAL ISRAELITA ALBERT SABIN
		33.964.776/0001-80	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN
		72.463.813/0001-29	CLÍNICA PEDIATRICA BARRA LTDA	CLÍNICA PEDIATRICA DA BARRA
		04.023.995/0002-48	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES LTDA	PRESLAF - HOSPITAL SAO LUCAS
		33.765.553/0001-94	CLÍNICA SOROCABA S/A	CLÍNICA SOROCABA

		33.501.214/0001-09	CLÍNICA DA GAVEA S/A	CLÍNICA DA GAVEA
		33.419.482/0002-59	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	PERINATAL BARRA
		09.578.217/0001-58	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA S.A.	HOSPITAL NORTE D OR
		06.047.087/0010-20	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	QUINTA D OR
		86.748.076/0002-04	JORGE JABER CLÍNICA DE PSICOTERAPIA LTDA	JORGE JABER CLÍNICA DE PSICOTERAPIA
		06.047.087/0009-96	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	COPA D OR
		29.435.005/0051-98	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A	HOSPITAL PRO CARDIACO
RIO DE JANEIRO	RJ	73.696.718/0002-19	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRAS. DE PREV E ASS. A SAUDE	HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE
		00.249.878/0001-65	MEDILABS LTDA - EPP	MEDLABS
PORTO ALEGRE	RS	88.625.686/0024-43	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	MAE DE DEUS
		92.685.833/0001-51	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	MOINHOS VENT
JOINVILLE	SC	84.694.405/0001-67	ASSOCIACAO BENEFICENTE EVANGELICA DE JOINVILLE	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA
SANTO ANDRÉ	SP	06.047.087/0007-24	REDE D'OR SAO LUIZ S.A.	HOSPITAL E M S L S - U BRASIL
SÃO PAULO	SP	61.590.410/0001-24	SOC BENEFICIENTE DE SENHORAS HOSPITAL SIRIO LIBANES	HOSPITAL SIRIO LIBANES
		60.961.968/0001-06	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE HOSPITAL A. C.
		60.453.024/0003-90	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	HOSPITAL DO CORACAO
		60.884.855/0003-16	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	HOSPITAL NOVE DE JULHO
		62.779.145/0001-90	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	HOSPITAL SANTA ISABEL - SANTA CASA DE SA
		61.599.908/0001-58	REAL BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	BENEFICENCIA PORTUGUESA
		60.875.226/0001-68	HOSPI MATER NOSSA SENHORA DE LOURDES S A	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES
		60.678.604/0001-13	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA
		61.062.212/0001-98	FUND INST DE MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIVO E DA NUTRI	HOSPITAL PROFESSOR EDMUNDO VASCONCELOS
		60.544.244/0001-67	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	HOSPITAL SAMARITANO
		60.726.502/0001-26	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ
		60.975.737/0002-32	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO CAMILO - POMP
		66.750.613/0001-54	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAULO S/A	HOSPITAL DA CRIANCA
		60.777.901/0002-05	HOSPITAL SANTA PAULA LTDA	HOSPITAL SANTA PAULA
		60.678.604/0002-02	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	PRO-MATRE PAULISTA
		60.922.168/0007-71	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	HOSPITAL SANTA CATARINA
		06.047.087/0001-39	REDE D OR SAO LUIZ S/A	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ - ANALIA
		61.599.908/0015-53	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	HOSPITAL SAO JOSE
		06.047.087/0003-09	REDE D OR SAO LUIZ S/A	HOSPITAL E MAT. SAO LUIZ - UNIDADE MORUM

	06.047.087/0002-10	REDE D OR SAO LUIZ S/A	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ - UNIDAD
	61.213.674/0002-40	HOSPITAL INFANTIL SABARA	HOSPITAL INFANTIL SABARA
	61.486.650/0001-83	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A .	DELBONI AURIEMO - DIAGNÓSTICOS AMÉRICA S.A.
	55.329.627/0001-82	HMSL SERVICOS HOSPITALARES S A	MATERNIDADE SÃO LUIZ (ITAIN, MORUMBI E TATUAPÉ)
	50.644.053/0001-13	FUNDACAO ZERBINI	HOSPITAL INCOR
	29.435.005/0045-40	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES SA	HOSPITAL VITÓRIA
	53.725.560/0001-70	FUNDACAO ADIB JATENE	INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA IDPC SAO PAULO

Art. 18 - A Unimed Curitiba se reserva o direito de incluir outros hospitais nesta relação, sendo que qualquer alteração efetuada neste sentido será comunicada oportunamente.

Art. 19 - A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema UNIMED poderá ser obtida junto ao Portal Unimed <http://www.unimedcuritiba.com.br>.

TÍTULO V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Art. 20 - Este contrato terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro, exceto nos casos de contratação eletrônica, cujo início de vigência ocorre exclusivamente com o pagamento da primeira mensalidade.

Art. 21 - Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

TÍTULO VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Art. 22 - Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento de carências.

Art. 23 - As carências explicitadas abaixo serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, sendo assim especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames de patologia clínica;
- c) 90 (noventa) dias para: PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, EXAMES E PROCEDIMENTOS SIMPLES, descritos a seguir:
 - Eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia

diagnóstica em regime ambulatorial, exames radiológicos simples, histocitopatologia, exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrinolaringológicos (exceto videolaringoscopia), inaloterapia, provas de função pulmonar, teste ergométrico, procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

d) 180 (cento e oitenta) dias para:

- Internamentos clínicos ou cirúrgicos, bem como procedimentos cirúrgicos em regime ambulatorial.
- EXAMES E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, tais como:
Angiografias, arteriografias, eletroencefalograma prolongado, mapeamento cerebral e polissonografia, potencial evocado, ultrassonografias, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia diagnóstica, densitometria óssea, ecocardiograma uni ou bidimensional colorido ou não com doppler, eletrocardiografia dinâmica (holter), monitorização de pressão arterial, litotripsia, radiologia intervencionista, cineangiocoronariografia e videolaringoscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise peritonial, hemoterapia, medicina nuclear e acupuntura, consultas/sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, nutrição e terapia ocupacional;

e) PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS:

- Atendimento pediátrico a gestantes (3º trimestre), líquido amniótico, cariótipo com bandas, marcadores bioquímicos para avaliação do risco fetal (cada), determinação do risco fetal, com elaboração de laudo; teste duplo – 1º trimestre (papp-A+beta+hcg) ou outros 2 em soros ou líquido amniótico, teste duplo – (2º trimestre) (afp + beta + hcg ou outros 2 em soro ou líquido amniótico), teste triplo (afp+beta+hcg+estriol) ou outros 3 em soro ou líquido amniótico, obstetrícia com amniocentese;
- 300 (trezentos) dias para partos, incluindo cesarianas.

Art. 24 - A contagem dos prazos de carências para dependentes, incluídos após o início de vigência do contrato, dar-se-á a partir da data da adesão de cada beneficiário ao contrato.

TÍTULO VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Art. 25 - CPT - “cobertura parcial temporária”, aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes, ou seja, aquelas de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano, caracterizadas conforme a legislação vigente, assim expresso:

- a) quaisquer doenças específicas;
- b) coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
- c) doenças e lesões preexistentes.

Art. 26 - Agravo: acréscimo no valor da contraprestação paga no plano de saúde, sendo o seu oferecimento facultativo, conforme dispõe a RN 162, de 17 de outubro de 2007.

Art. 27 - O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, através do preenchimento da declaração de saúde/entrevista qualificada, as doenças ou lesões preexistentes à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, conforme disposições da Carta de Orientação ao Beneficiário, estabelecida pela RN nº 162/2007.

§ 1º Para o preenchimento da entrevista qualificada, poderá o beneficiário escolher um médico, pertencente à rede credenciada da CONTRATADA, para proceder a uma entrevista qualificada, sem ônus algum ao beneficiário.

§ 2º Caso o beneficiário opte por um médico não credenciado, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus da entrevista.

§ 3º Sendo constatada pela Unimed Curitiba por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, será oferecida a alternativa da CPT - Cobertura Parcial Temporária, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, não estando disponível o oferecimento do Agravo como opção à CPT, conforme faculta a RN nº 162.

Art. 28 - Em se realizando o exame preadmissional ou perícia prévia, o que somente poderá ser realizado no momento da contratação, não caberá mais a alegação de omissão de informação de doença preexistente.

Art. 29 - No caso de aplicação da cobertura parcial temporária, a Unimed Curitiba considerará somente a suspensão de evento cirúrgico, de uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente às doenças ou lesões preexistentes especificadas.

Art. 30 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, em até 24 (vinte e quatro) meses da data da contratação do plano, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes, por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Unimed Curitiba deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V

do art. 18 da Resolução Normativa nº 162, e poderá:

- a) oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
- b) solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

Art. 31 - Não haverá negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a Unimed Curitiba sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

Art. 32 - Após julgamento e acolhida a alegação da CONTRATADA pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com as doenças ou lesões preexistentes, desde a data da efetiva comunicação da omissão.

Art. 33 - Fica assegurado ao beneficiário que a suspensão do atendimento pelo motivo acima descrito não ocorrerá anteriormente ao resultado do julgamento pela ANS.

TÍTULO VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Art. 34 - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento das situações de urgência e emergência conforme a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento, tendo as seguintes definições:

I - Urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e

II - Emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Art. 35 - A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

Art. 35A - Em todas as outras situações de urgência e emergência (inclusive complicações decorrentes da gestação e o próprio parto), cujo beneficiário se encontre em período de carência para internação (180 dias), haverá garantia de cobertura apenas para o atendimento de até 12 horas (ou até indicação da internação), igualmente àquele fixado para o plano do segmento ambulatorial, em unidades de pronto atendimento, sem direito à internação.

Art. 36 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

Art. 37 - É garantida a cobertura para atendimento de urgência ou emergência se o beneficiário estiver cumprindo prazo de cobertura parcial temporária desde que ele tenha cumprido as carências para internação (180 dias) e o atendimento de urgência e emergência não envolva procedimentos descritos no Rol da ANS como "Procedimento de alta complexidade" (PAC), procedimentos cirúrgicos ou que requeiram internação em leito de alta tecnologia diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada. Nas outras situações de urgência e emergência não relacionadas às doenças e lesões preexistentes, valem as regras gerais descritas para as situações de urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e com os períodos de carência cumpridos ou não.

DA REMOÇÃO

Art. 38 - A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente nas seguintes hipóteses:

I. - Para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II. - Para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

DA REMOÇÃO PARA O SUS:

Art. 39 - À CONTRATADA caberá o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

Art. 40 - Quando não puder haver remoção por risco de vida, o CONTRATANTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a CONTRATADA desse ônus.

Art. 41 - A CONTRATADA deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Art. 42 - Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONTRATADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

DO REEMBOLSO

Art. 43 - Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano, devendo ser observadas as seguintes diretrizes, conforme Resolução Normativa da ANS n.º 259/2011, antes de realizar o pagamento de forma particular:

- O beneficiário deve obrigatoriamente verificar com a Contratada a indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial no mesmo município e confirmar se não há prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes;
- Caso o beneficiário não faça a prévia verificação acima com a Contratada, ou, apesar de ser informado da disponibilidade de prestador nos municípios limítrofes, não os utilize conforme orientação da Contratada, não haverá reembolso de eventuais despesas realizadas de forma particular, ainda que sejam decorrentes de urgência e/ou emergência.

Art. 44 - O beneficiário ao solicitar o reembolso, deverá apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, 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;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Art. 45 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor será igual ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

TÍTULO IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Art. 46 - A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o Cartão Individual de Identificação referente ao plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

Art. 47 - É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA.

Art. 48 - Responde, sempre, sob todos os aspectos, a CONTRATANTE pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a CONTRATADA, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente.

Art. 49 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

Art. 50 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da CONTRATADA, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

Art. 51 - Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar o fato por escrito, à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via do cartão individual de identificação, pelo qual será cobrada uma taxa para emissão de 2ª via.

DA COPARTICIPAÇÃO

Art. 52 - A Coparticipação 1 consiste na parte efetivamente paga pela CONTRATANTE à CONTRATADA, exclusivamente nas despesas relativas à realização dos procedimentos pertinentes à cobertura ambulatorial (consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais eletivos e emergenciais), de acordo com o percentual definido pela Contratante, consoante ao respectivo plano informado na Proposta de Admissão.

Art. 53 - A Coparticipação 1 obedecerá aos seguintes critérios:

a) Para fins de cálculo de valor devido a título de coparticipação serão considerados os acessórios e insumos que compõe a realização dos exames e cirurgias ambulatoriais, quando for o caso, bem como a quantidade de análises feitas em um único material coletado;

b) No caso específico, entende-se por insumos os materiais, honorários, taxas e medicamentos utilizados na realização dos procedimentos;

c) Por sua vez, entende-se por quantidade o número de análises feitas em um único material coletado (amostra), a qual não se confunde sob qualquer hipótese com a quantidade de coleta, por exemplo: 1 (uma) coleta de sangue e realização de 25 (vinte e cinco) quantidades (análises) de um único código (exame), será cobrada a coparticipação sobre o número de análises realizadas, ou seja, 25 (vinte e cinco).

Art. 53A - Nas cirurgias ambulatoriais haverá a cobrança de coparticipação sobre todos os custos que compõe esse procedimento.

Art. 54 - Esta participação será limitada em R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais), por procedimento realizado, o que significa dizer que, ainda que o percentual de coparticipação calculado sobre o valor do procedimento ultrapasse o limite estabelecido, o excesso não será cobrado do CONTRATANTE. **O valor estipulado nesta cláusula será reajustado anualmente**, respeitando a data de aniversário do contrato, obedecendo ao índice aplicado à mensalidade.

Art. 55 - O limite estabelecido na cláusula anterior será considerado para cada procedimento realizado, logo, se o beneficiário realizar mais de um procedimento o limite será multiplicado pelo número de procedimentos realizados.

Art. 56 - O valor devido pela CONTRATANTE referente à COPARTICIPAÇÃO será cobrado através de faturas mensais.

Art. 56A - Da coparticipação em internamento psiquiátrico:

Nas internações psiquiátricas a CONTRATADA fará o custeio integral de no máximo 30 (trinta) dias de internação, sendo que haverá o custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) das despesas apuradas.

DA SISTEMÁTICA DE ATENDIMENTO

Art. 57 - A sistemática de utilização dos serviços e liberação prévia é a seguinte:

I. **Consultas Médicas:** os beneficiários serão atendidos nos consultórios dos médicos

cooperados, conforme relação divulgada pela CONTRATADA, observado o horário normal de seus consultórios e com agendamento prévio. As consultas em pronto socorro na rede credenciada serão prestadas pelo médico que estiver de plantão;

- II. **Consultas/Sessões com:** psicoterapeuta, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista: serão realizadas pelos profissionais credenciados ou contratados que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante solicitação/indicação escrita do médico assistente e apresentação da Guia de Solicitação de Serviços com autorização prévia da CONTRATADA, respeitado o limite de uso estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
- III. **Os exames complementares e serviços auxiliares:** devem ser executados nos prestadores de serviços que integram a rede prestadora de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização (quando houver), vigentes à época do evento;
- IV. **Cirurgia buco-maxilo-facial:** será realizada por profissional devidamente habilitado e integrante da rede de prestadores de serviços da CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços, emitida pelo médico assistente ou cirurgião dentista, previamente autorizada pela CONTRATADA (salvo nas hipóteses de urgência ou emergência);
- V. **Medicamentos de uso domiciliar para:** terapia antineoplásica oral e os medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso: o fornecimento será indicado pela CONTRATADA, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento;
- VI. **Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização:** a CONTRATADA indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela CONTRATADA, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e diretrizes de utilização, vigentes à época do evento.
- VII. **Procedimentos solicitados por médico não cooperado ou cirurgião dentista:** O beneficiário deve consultar a Unimed Curitiba sobre a necessidade de liberação prévia utilizando qualquer dos canais de atendimento.
- VIII. Nos procedimentos em que há a exigência de liberação prévia, a Unimed Curitiba emitirá resposta ao pedido no prazo definido pelas normativas da Agência Nacional de Saúde

Suplementar - ANS.

- IX. Nos procedimentos em que houver a exigência de autorização prévia, a Unimed Curitiba deverá emitir a sua resposta à solicitação de autorização prévia em, no máximo, 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (Art. 4º, Inc. IV da Res. CONSU nº 8/98).
- X. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.
- XI. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado pelo médico assistente, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do beneficiário.
- XII. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos abaixo mencionados, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por quaisquer despesas.
- XIII. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em vigência.
- XIV. O prazo de internação, liberado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.
- XV. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, até no máximo 24 (vinte e quatro) horas do termo final do período anteriormente liberado.
- XVI. Nas internações psiquiátricas o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 30% (trinta por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes.
- XVII. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.
- XVIII. A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas, ou não, por ela. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

- XIX. O Guia do Beneficiário editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, fornecido ao beneficiário titular através da CONTRATANTE, encontra-se divulgado no portal www.unimedcuritiba.com.br, devendo o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede contratada e/ou credenciada. O plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes do Guia do Beneficiário.
- XX. É facultada a substituição de entidade hospitalar contratada, referenciada ou credenciada, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.
- XXI. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar acima referida ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
- XXII. Excetua-se do previsto acima, os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o CONTRATANTE.
- XXIII. A inclusão como credenciados de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato.
- XXIV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a Unimed Curitiba deverá solicitar à ANS autorização expressa conforme estabelece o artigo 17, parágrafo 4º, da Lei 9.656/98.
- XXV. Na hipótese de situações de divergências em autorizações prévias, a operadora deverá garantir 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.

TÍTULO X - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Art. 58 - O CONTRATANTE ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO obriga-se ao pré-pagamento mensal para a CONTRATADA, pelo titular por cada um de seus dependentes, de acordo com

a faixa-etária estabelecida neste contrato, dos valores vigentes à época da contratação, obedecida a seguinte tabela de descontos e de acordo com a inscrição e permanência do número de beneficiários do plano:

Quantidade de Beneficiários Inscritos	Desconto sobre o valor integral
Titular (uma pessoa)	Valor Integral
Titular + 1 dependente	10%
Titular + 2 dependentes	16%
Titular + 3 dependentes ou mais	22%

Art. 59 - Ocorrendo inclusões, dentro das regras estipuladas no ITEM CONDIÇÕES DE ADMISSÃO, promovendo acréscimo no número de beneficiários, o valor das mensalidades será automaticamente adequado à tabela de descontos observado o número de beneficiários que deverão permanecer no plano.

Art. 60 - Da mesma forma, ocorrendo exclusões de beneficiários e em se reduzindo o número total de beneficiários integrantes do plano, para menos de quatro, o valor da mensalidade será automaticamente adequado à tabela de descontos imediatamente anterior.

Art. 61 - O CONTRATANTE ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO obriga-se a pagar à CONTRATADA, pelo titular bem como por seus dependentes inscritos no Plano, os valores relacionados na proposta de admissão, para efeito de inscrição e mensalidade. Ficando sempre a CONTRATANTE como responsável e devedora solidária por eventual inadimplência do RESPONSÁVEL FINANCEIRO ou quando este deixar de ser o responsável pelos pagamentos do plano.

Art. 62 - Para efeito de taxa de inscrição: de acordo com o total de beneficiários inscritos, deverá ser pago diretamente ao representante comercial, autorizado da CONTRATADA.

Art. 63 - Para efeito de mensalidade: os valores estabelecidos a este título serão pagos à CONTRATADA, através de rede bancária, mediante cobrança emitida por esta contra o CONTRATANTE.

Art. 64 - Para efeito de inscrições posteriores: para os beneficiários incluídos posteriormente à data da assinatura deste contrato, deverão ser pagos os valores correspondentes à CONTRATADA, através de rede bancária, mediante cobrança emitida por esta ao CONTRATANTE.

Art. 65 - As mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

Art. 66 - Quando a data de vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

Art. 67 - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite as consequências da mora.

Art. 68 - O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Art. 69 - O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação.

Art. 70 - Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de sua responsabilidade, 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) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

Art. 71 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

TÍTULO XI - REAJUSTE

Art. 72 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente de acordo com o índice autorizado pela ANS - Agência Nacional de Saúde, no mês de aniversário do contrato.

Art. 73 - Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

Art. 74 - Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.

Art. 75 - Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário. Sendo considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

Art. 76 - Neste caso, se a sinistralidade apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos,

anteriores à data base de aniversário, considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato de Plano de Saúde, for superior a 75% (setenta e cinco por cento), será aplicado reajuste definido pela diferença apresentada entre a sinistralidade e o percentual acima considerado ponto de equilíbrio.

Art. 77 - Os valores relativos às inclusões de dependentes, ou de coberturas adicionais, terão o reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato (data-base do beneficiário titular), independente da data de inclusão.

TÍTULO XII - FAIXAS ETÁRIAS

Art. 78 - As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

Art. 79 - As variações por faixa etárias para os fins deste contrato serão:

Faixas Etárias

- 1ª - de 0 (zero) até 18 (dezoito) anos de idade;
- 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- 8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- 10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 80 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

Art. 81 - A variação do preço em razão da faixa etária somente ocorrerá quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

Art. 82 - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

Art. 83 - A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e 10ª (décima) faixas não poderão ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e a 7ª (sétima) faixas.

Art. 84 - Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

TÍTULO XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Art. 85 - O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

Art. 86 - A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito a manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

Parágrafo Único. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

TÍTULO XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

Art. 87 - Será considerado rescindido este contrato, se houver fraude ou atraso de pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de a CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

Parágrafo Único. A notificação de inadimplência a que se refere o artigo acima poderá ocorrer nos termos da Súmula Normativa da ANS n.º28/2015 (via postal, presencial e por edital) e suas atualizações, bem como, qualquer dos meios previstos no Entendimento DIFIS – da Diretoria de Fiscalização da ANS n.º 13/2019, quais sejam, correio eletrônico (e-mail), aplicativos que permitem a troca de mensagens criptografadas (whatsapp, messenger, etc), ligações gravadas e envio de torpedos (SMS).

Art. 88 - Antes do término do prazo mínimo fixado no Contrato de Plano de Saúde, é facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária

equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

Art. 89 - A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

TÍTULO XV - DISPOSIÇÕES GERIAS

Art. 90 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Guia do beneficiário, o Cartão de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Art. 91 - Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o (a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Art. 92 - SIGILO MÉDICO: compromete-se o (a) CONTRATANTE a observar e atender a legislação relativa ao sigilo médico.

Art. 93 - RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre quaisquer dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

Art. 94 - São adotadas as seguintes definições:

I. ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico;

II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar;

III. AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário;

IV. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;

V. **ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência;

VI. **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;

VII. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica;

VIII. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação;

IX. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato;

X. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;

XI. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes - DLP declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;

XII. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento;

XIII. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário;

XIV. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante;

XV. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;

- XVI. **DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento;
- XVII. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- XVIII. **DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho;
- XIX. **EMERGÊNCIA:** é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
- XX. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;
- XXI. **FRANQUIA:** é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora;
- XXII. **MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário;
- XXIII. **MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora;
- XXIV. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente;
- XXV. **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- XXVI. **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência;
- XXVII. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados;
- XXVIII. **TITULAR:** é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora;
- XXIX. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

TÍTULO XVI - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Art. 95 - Excepcionalmente nas situações de urgência e emergência será possível o atendimento pelas demais cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, sediadas nas demais cidades não mencionadas na área de abrangência.

CAPÍTULO I – BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF)

Art. 96 - Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, com adesão ao plano de saúde objeto do contrato com idade inferior à 70 anos, desde que esteja vinculado há mais de 6 (seis) meses e desde que as faturas estejam rigorosamente em dia na data do óbito, o beneficiário dependente inscrito no plano que preencher os requisitos a seguir elencados, terá direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), benesse que garante a fruição dos serviços médico-hospitalares abarcados pela cobertura do plano de saúde, observadas as respectivas condições, sem o pagamento de mensalidades, pelo prazo de até 1 (um) ano contado da data do óbito.

Art. 96A - Caberá ao contratante ou a qualquer dos herdeiros do titular falecido solicitar à Unimed Curitiba a exclusão do beneficiário titular falecido do plano de saúde e análise para inclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), se cabível, mediante requerimento formal, apresentado em qualquer das unidades de atendimento da Unimed Curitiba.

Art. 96B- A solicitação de inclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) deverá ser apresentada à Unimed Curitiba no prazo de até 90 (noventa) dias a contar da data do óbito do beneficiário titular. Ultrapassado este prazo, ocorrerá a perda do direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) e o dependente poderá apenas pleitear a permanência no plano de saúde mediante o pagamento das mensalidades.

Art. 96C - O BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) é benesse adicional que a Unimed Curitiba oferece aos seus clientes. Assim, quando do pedido do dependente de inclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), a Unimed Curitiba, tem prazo de 40 (quarenta dias) dias para analisar a documentação e apresentar posicionamento, portanto, durante este período o dependente deve continuar pagando as mensalidades à Unimed Curitiba a fim de manter a assistência médico-hospitalar correlata até a aprovação do benefício.

Parágrafo Único - A Unimed Curitiba não restituirá ao dependente o valor das mensalidades pagas durante o período que antecede a inclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF). Serão passíveis de devolução apenas as mensalidades relativas ao titular posteriores ao óbito.

Art. 96D - O fato de determinado dependente figurar como tal no plano de saúde não lhe garante automaticamente direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF).

Art. 97 - São considerados dependentes para fins de direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF):

a) Cônjuge. Companheiro(a), havendo união estável, na forma da lei, devidamente comprovado por meio certidão registrada em cartório, sem concorrência com o cônjuge.

b) Filhos naturais ou adotivos solteiros até completar 30 (trinta) anos.

- c) Enteadado, menor tutelado ou sob guarda provisória, que ficam equiparados aos filhos, desde que solteiro até completar 30 (trinta) anos.
- d) Filho inválido, sem limite de idade, enquanto perdurar a invalidez ou a interdição.

Art. 98 - O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) também é conferido ao nascituro do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, que venha a ser inscrito no plano de saúde mantido pelo titular e desde que o titular falecido tenha cumprido a carência para o BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) até a data do óbito.

Parágrafo Único: Os dependentes netos, sobrinhos, irmãos e cunhados (cônjuge ou companheiro de irmão do titular) não terão direito aos benefícios especiais do Benefício Família e do Pacote de Benefícios.

Art. 99 – O postulante ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) deverá comprovar a condição de dependência para fins da benesse, apresentando a documentação a seguir, autenticada e atualizada:

- I) certidão de óbito do beneficiário titular.
- II) RG e CPF do titular e de todos os dependentes a serem beneficiados.
- III) cônjuge: segunda via da certidão de casamento atualizada há menos de 90 dias. Em caso de matrimônio no exterior, será aceito documento comprobatório traduzido e reconhecido como verdadeiro pelo consulado respectivo no Brasil.
- IV) companheiro:
 - a) certidão de união estável emitida por cartório antes do óbito do titular ou;
 - b) certidão de nascimento comprovando filhos em comum, nascidos no período em que vigorou a união estável, sem limite de convívio ou;
 - c) comprovante de concessão pelo INSS de pensão por morte ao convivente supérstite.
- V) filho natural ou adotivo: certidão de nascimento.
- VI) enteado: certidão de nascimento dele e certidão de casamento ou de união estável do pai ou mãe.
- VII) menor tutelado ou sob guarda provisória: ordem judicial estipulando a tutela ou a guarda provisória atualizada há menos de 90 dias.
- VIII) filho inválido:

- a) laudo médico atestando a incapacidade quando ela for congênita ou;
- b) laudo do INSS atestando a incapacidade quando ela for adquirida ou;
- c) termo judicial de concessão de curatela/interdição.

IX) comprovante de residência com data atual.

X) boletim de ocorrência e laudo cadavérico em caso de morte acidental ou quando constar na certidão de óbito, no campo “causa da morte”, que está aguardando exames complementares ou que a morte ocorreu sem assistência.

XI) cópia do contrato do beneficiário caso solicitado.

XII) declaração de permanência e carência da operadora, caso solicitado.

Parágrafo 1º - Em hipótese alguma a Unimed Curitiba aceitará como prova do casamento a certidão de celebração de cerimônia religiosa.

Parágrafo 2º - Em hipótese alguma a Unimed Curitiba aceitará como prova da união estável declaração registrada em cartório após o óbito do titular ou declaração particular emitida pelos companheiros, mesmo que esteja assinada por testemunhas ou simples requerimento de pensão por morte junto ao INSS.

Art. 100 - A Unimed Curitiba poderá solicitar, a qualquer tempo, a seu exclusivo critério, cópia de qualquer documentação que julgar necessária para inclusão, acompanhamento e/ou exclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), além daquela descrita anteriormente.

Art. 101 - O beneficiário dependente que não apresentar os documentos obrigatórios acima descritos ficará impedido de gozar do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), ainda que esteja no gozo do direito à cobertura do plano de saúde.

Art. 101A - O beneficiário dependente inscrito concomitantemente à adesão do titular, observados os demais requisitos sobre a matéria dispostos neste contrato, terá direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) depois de decorridos 06 (seis) meses contados da sua inscrição.

Art. 101B - O beneficiário dependente inscrito após a adesão do titular, desde que observados os demais requisitos sobre a matéria dispostos neste contrato, fará jus ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) se for inscrito no plano de saúde do titular em até 60 (sessenta) dias contados da data do evento que instituiu sua dependência em relação ao beneficiário titular, conforme:

- a) cônjuge: da data do casamento.
- b) companheiro: da data do registro em cartório da união estável.
- c) filho natural: da data do nascimento.

d) enteado: da data do casamento ou do registro em cartório da união estável.

e) filho adotivo, tutelado, curatelado, menor sob guarda judicial e inválido: da data da emissão da adoção, tutela, curatela ou guarda provisória.

Art. 101C - Caso a inclusão ocorra fora dos prazos mencionados nos artigos anteriores, será obrigatório o cumprimento de carência de 12 (doze) meses a contar da inclusão do dependente no plano de saúde, salvo em caso de morte do beneficiário titular por acidente pessoal.

Art. 102 - O direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) somente será assegurado se as carências específicas deste benefício, mencionadas em artigos anteriores, tiverem sido integralmente cumpridas.

Art. 102A - O prazo de carência para utilização dos serviços médico-hospitalares objeto do plano de saúde não se confunde com o prazo de carência específico para fruição do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF). Sendo assim, o abatimento do prazo de carência para utilização dos serviços médicos hospitalares objeto do plano de saúde que eventualmente tenha sido concedido quando da adesão do beneficiário titular e/ou dependente não configura abatimento do prazo de carência específico para fruição do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF).

Art. 102B - O BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) jamais será concedido a indivíduo que não estava vinculado ao plano de saúde na condição de dependente na data do óbito, mesmo que se trate de incapaz, inválido ou dependente economicamente do titular falecido.

Art. 103 - O BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) não será assegurado ao dependente quando o óbito do titular decorrer de suicídio ou ato ilícito, doloso ou culposo praticado pelo próprio titular, se este estiver inscrito no plano há menos de 2 (dois) anos.

Art. 103A - Não serão assegurados na vigência do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) os produtos não assistenciais contratados pelo beneficiário titular e/ou dependente, tais como: transporte aeromédico, serviços previstos no Pacote de Benefícios (seguro de vida, proteção familiar e garantia funeral), SOS Unimed e demais produtos eventualmente ofertados pela Unimed Curitiba, mesmo que tenham sido contratados especificamente pelo titular e/ou dependentes.

Art. 103B - O agregado eventualmente vinculado ao contrato quando da data do óbito não tem direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) mesmo que seja incapaz, inválido ou dependa economicamente do titular. É considerado agregado todo aquele que não se enquadra na definição de beneficiário dependente do Benefício Família.

Art. 103C - O direito ao gozo do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) termina com o decurso do prazo indicado no Art. 96 ou com a perda da condição de dependência.

Art. 103D – O direito dos dependentes de usufruir do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) não será assegurado se durante a vigência deste contrato tenha ocorrido alteração de titularidade, ou seja, o titular que vier a falecer tem que ser o mesmo desde o início do contrato.

Art. 104 - Perderá imediatamente o direito ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) aquele que vier a perder sua condição de dependência, situação em que a Unimed Curitiba estará legitimada a promover a sua imediata exclusão do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), independentemente de aviso prévio.

Parágrafo 1º: A perda da dependência ocorrerá:

- a) caso fique comprovada a dissolução do vínculo matrimonial ou da união estável antes do óbito.
- b) quando o filho ou equiparado completar 30 (trinta) anos de idade se ou contrair casamento ou, por qualquer motivo, interromper o curso universitário.
- c) se ocorrer a revogação da guarda provisória, tutela, curatela ou o término da interdição.

Parágrafo 2º: O dependente vinculado ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) ou seu responsável legal, obriga-se a apresentar à Unimed Curitiba todos os documentos que comprovem a perda da condição de dependência em relação ao beneficiário titular.

Parágrafo 3º: A exclusão do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) pelos motivos elencados neste artigo não impede o retorno do beneficiário dependente ao plano de origem, nos moldes adiante descritos.

Art. 105 - O cartão de identificação Unimed do beneficiário dependente que vier a usufruir do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) será substituído por um novo cartão contendo validade correspondente ao término do gozo do benefício do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF).

Art. 106 - O BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) será assegurado no módulo/segmentação do plano vigente na data do óbito, na mesma área de abrangência do plano de saúde contratado e com a mesma rede de médicos cooperados e prestadores credenciados.

Art. 107 - Em hipótese alguma será permitido ao beneficiário vinculado ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), na vigência deste, alterar a segmentação do plano de saúde, tipo de produto, área de abrangência ou qualquer outra característica do mesmo.

Art. 107A - Não haverá responsabilidade, tampouco reembolso, por parte da Unimed Curitiba, por quaisquer valores exigidos dos beneficiários do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), pelos serviços

de atendimento à saúde, prestados a seus beneficiários através de médicos não cooperados ou de instituições privadas que não façam parte da rede credenciada de seu plano, bem como por atendimentos não previstos no padrão de cobertura em que o respectivo beneficiário estiver inscrito.

Art. 107B - Se na data da inclusão no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) o beneficiário dependente estiver cumprindo carência para determinado módulo opcional/segmentação, não fará jus à cobertura do mesmo durante todo o período de vigência do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF). O beneficiário dependente poderá usufruir, na vigência do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), exclusivamente da segmentação para a qual a carência já fora integralmente cumprida na data da inclusão no benefício.

Art. 107C - Com o término do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), por força da Súmula Normativa n. 13/2010 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou outra norma que vier a substituí-la, o dependente poderá permanecer vinculado ao mesmo plano de saúde, nas mesmas condições em que se encontravam quando do falecimento do titular, isento das carências já cumpridas, desde que requisite a implementação da medida em até 30 (trinta) dias a contar da data do fim do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), bastando para tanto, dirigir-se a qualquer unidade de atendimento da Unimed Curitiba, a fim de formalizar tal intento.

Parágrafo 1º- Quando do retorno ao plano após o término do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF), a Unimed Curitiba cobrará do dependente mensalidade cujo valor seguirá a mesma tabela de preços do produto originário, à qual serão acrescidos os reajustes anuais e de faixa etária cabíveis durante período de duração do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF).

Parágrafo 2º- Perderá o direito de retornar ao contrato o dependente que postular a implementação da medida após 30 dias a contar do fim do BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF). Assim, caberá a ele, se desejar, contratar um novo plano de saúde, cujo preço seguirá a tabela de preços de comercialização vigente na data da nova adesão, bem como novas regras de cobertura, carência, CPT, etc. correlatas ao produto escolhido.

Art. 108 - Na hipótese de determinado dependente ser incluído no BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) e outro não, este poderá permanecer no contrato do beneficiário titular, responsabilizando-se integralmente pela manutenção do contrato e quitação das mensalidades. Caso o contrato seja rescindido por inadimplência ou fraude ou a pedido, o dependente vinculado ao BENEFÍCIO FAMÍLIA (BF) poderá usufruir da benesse até o seu término, contudo, findo tal prazo, não poderá retornar ao contrato de origem, posto que rescindido. Assim, caberá a ele, se desejar, contratar um novo plano de saúde, cujo preço seguirá a tabela de preços de comercialização vigente na data da nova adesão, bem como novas regras de cobertura, carência, CPT etc. correlatas ao produto escolhido.

CAPÍTULO II - TRANSPORTE AEROMÉDICO

OBJETO:

Art. 109 - Prestação de serviços de transporte aeromédico a ser executado por empresa especializada contratada para este fim, diretamente à CONTRATANTE, ou a pessoa por ela indicada, nos termos deste contrato.

CONDIÇÃO DE ADMISSÃO:

Art. 110 - Por ocasião da contratação do serviço de transporte aéreo de urgência, o CONTRATANTE deve possuir contrato de cobertura assistencial da CONTRATADA. Assim, a cobertura do serviço de transporte aéreo de urgência fica condicionada ao contrato de coberturas assistenciais.

DURAÇÃO DO CONTRATO:

Art. 111 - O início de vigência do serviço de transporte aeromédico está condicionado à data de assinatura deste instrumento contratual.

Art. 112 - Para efeito de contagem das carências dos beneficiários dependentes considerar-se-á a data de adesão dos mesmos ao contrato.

PERÍODO DE CARÊNCIA:

Art. 113 - O prazo é de 60 (sessenta) dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato, ou da inscrição de novo beneficiário devidamente inscrito.

CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

Art. 114 - Será excluído do contrato o beneficiário, quando:

- a) houver solicitação do contratante;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme cláusula “Condições de Admissão”;
- c) não for apresentada documentação requerida pela CONTRATADA;
- d) o contrato for rescindido, conforme prevê a cláusula “Rescisão/Suspensão”.

Art. 115 - À CONTRATADA reserva-se o direito de exigir a qualquer momento os comprovantes legais, capazes de atestar as condições e dependência dos beneficiários dependentes com o titular.

RESCISÃO/SUSPENSÃO:

Art. 116 - A rescisão do contrato opera efeitos em relação a todos os beneficiários inscritos no contrato.

Art. 117 - Será considerado rescindido este contrato consoante com o estabelecido em Cláusula do Contrato Assistencial.

Art. 118 - Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial, ocorrendo fraude comprovada:

- a) qualquer fraude praticada pelos beneficiários, na utilização do objeto deste contrato;
- b) utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros, seja por dolo ou culpa.

DAS CONDIÇÕES GERAIS:

Art. 119 - A CONTRATADA disponibilizará aos beneficiários inscritos neste contrato os serviços de remoção aeromédica de urgência, a serem prestados por empresa especializada contratada para este fim, observadas as limitações de cobertura contratuais e o prazo de 60 (sessenta) dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente contrato ou da inscrição de novo beneficiário.

Art. 120 - A remoção do beneficiário será realizada exclusivamente, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pelo hospital de origem, para outro hospital CREDENCIADO da CONTRATADA e que apresente melhores condições para atendê-lo, desde que localizado dentro do território nacional (observada a exclusão expressa de cobertura dos hospitais listados neste Contrato).

Art. 121 - A empresa especializada contratada prestará aos beneficiários da CONTRATADA, que estejam devidamente inscritos nas coberturas assistenciais do Plano Privado de Saúde Suplementar, o serviço de remoção aeromédica, dentro do território nacional, em aeronaves com UTI, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, de estabelecimento médico-hospitalar para outro estabelecimento médico-hospitalar, dotado de melhores recursos de atendimento, a qualquer hora, todos os dias, desde que com aprovação prévia da CONTRATADA.

Art. 122 - Quando, por critério do médico-auditor da empresa especializada, a remoção do beneficiário for mais conveniente pela via terrestre, essa disponibilizará ambulância equipada com UTI, em condições de atender adequadamente às necessidades do caso.

Parágrafo Único: Os serviços de remoção aeromédica serão requisitados pelo médico-

assistente do beneficiário diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Unimed Curitiba, que funcionará de forma ininterrupta, 24 horas por dia, pelo telefone 0800-41-45-54.

Art. 123 - Os serviços de transporte aeromédico serão prestados sempre respeitando à legislação em vigor, no que diz respeito “às condições de tráfego aéreo e meteorológicas”, bem como às normas de instrução da ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil.

Art. 124 - O atendimento aos beneficiários da CONTRATADA, por via aérea, somente será possível em locais em que existam aeródromos homologados ou registrados e que os mesmos ofereçam as condições necessárias para uma operação segura de acordo com os manuais dos fabricantes de aeronaves operadas pela empresa terceirizada, sempre respeitando as normas de instrução da ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil.

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

Art. 125 - Para que se justifique a requisição do serviço de transporte aeromédico, é necessário o atendimento das exigências supracitadas e que o beneficiário apresente pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo listadas:

- I. Traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
- II. Aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
- III. Traumatismo da face, que necessite cirurgia de reconstituição;
- IV. Traumatismo ocular grave que possibilite perda de visão;
- V. Traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;
- VI. Embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
- VII. Choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com maiores recursos (ex. balão intraórtico e cirurgia cardíaca);
- VIII. Cirurgia cardíaca;
- IX. Pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- X. Queimaduras elétricas, térmicas, químicas e área corpórea afetada maior que 30%;
- XI. Angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas; discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal;
- XII. Aneurisma dessecante de aorta que necessite centro de terapia intensiva;

- XIII. Hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão, que necessite centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo o arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessária UTI mais adequada;
- XIV. Insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XV. Pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XVI. Trauma torácico/ contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XVII. Asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XVIII. Insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XIX. Insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XX. Hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XXI. Estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XXII. Assistência em UTI, desde que não seja devido a um tumor benigno ou maligno;
- XXIII. Politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local não haja condições para tal procedimento);
- XXIV. Fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXV. Fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de origem não haja condições técnicas;
- XXVI. Traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando no local de origem não haja condições técnicas;
- XXVII. Intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXVIII. Afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- XXIX. Amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
- XXX. Infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo ao tratamento clínico;

XXXI. Picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira centro de terapia intensiva.

Art. 126 - As aeronaves que a CONTRATADA colocará à disposição do CONTRATANTE, por intermédio da empresa especializada, estarão plenamente equipadas para tal serviço com marca-passo externo, desfibrilador e ventilador para eventual utilização durante a remoção.

Art. 127 - Nenhum ato em desacordo com o Código Brasileiro de Deontologia Médica – Código de Ética Médica, será executado pela equipe de profissionais médicos e de enfermagem da empresa terceirizada bem como não terão cobertura de transporte aeromédico, pelo presente contrato, beneficiários pacientes submetidos voluntariamente a tais atos.

Art. 128 - A empresa terceirizada, em situações críticas e especiais decorrentes de piora do paciente beneficiário, deterioração das condições de aeronavegabilidade e/ou atmosférica, defeito da aeronave e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a tripulação aeromédica, o médico e a enfermagem a bordo, a deslocar o paciente beneficiário ao local mais adequado, que atenda às condições do paciente, ao pouso seguro e à segurança do voo.

Art. 129 - Fica a critério da empresa especializada nos casos em que, após a chegada no local que se encontra o beneficiário paciente, a equipe médica constatar que as condições clínicas/cirúrgicas do beneficiário paciente divergem das informações anteriormente prestadas, quando da solicitação de voo e contatos posteriores, ou que o beneficiário paciente, por quaisquer outras circunstâncias, não apresente condição para remoção aérea, ou que há plena condição para o tratamento do beneficiário paciente naquele local, em não efetivar o voo, assumindo a empresa especializada toda a responsabilidade pelas consequências desta decisão, consoante ao estabelecido em contrato firmado entre essa empresa e a Unimed.

Art. 130 - A equipe médica responsável pelo transporte fará uma avaliação, por meio da triagem médica, das condições do paciente visando verificar se não existe contraindicação para o transporte aéreo.

Art. 131 - O transporte somente será efetuado de acordo com as previsões contratuais e legais, observadas as condições meteorológicas e de tráfego aéreo, a infraestrutura aeroportuária das regiões envolvidas, bem como as normas e instruções emitidas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC, do Ministério da Aeronáutica.

Art. 132 - Caberá à empresa especializada contratada definir o tipo de transporte que utilizará, em função de suas disponibilidades, do estado de saúde do beneficiário, da distância a ser

percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

Art. 133 - O transporte ora contratado somente será realizado se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 100 Km (cem quilômetros) do hospital de destino.

Art. 134 - A responsabilidade civil ou criminal caberá à empresa terceirizada contratada por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos pelos beneficiários transportados pela empresa de remoção aérea especializada, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros, conforme contrato firmado com a Unimed.

Art. 135 - As aeronaves não disporão de qualquer peça para prótese.

Art. 136 - O serviço de remoção aérea não será autorizado nas situações em que houver falta de vagas hospitalares no destino, seja por qualquer motivo, bem como não será autorizado para viabilizar a realização de procedimentos não cobertos neste contrato.

COBERTURA EXCLUÍDA:

Art. 137 - Estão EXCLUÍDOS da cobertura contratual, referente ao transporte aeromédico, os portadores de patologias que ofereçam risco à integridade física e à saúde dos tripulantes das aeronaves, tais como doenças infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas (fase terminal), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

Art. 138 - Estão EXCLUÍDOS ainda da cobertura contratual, referente ao transporte aeromédico, as hipóteses não previstas no **Art. 125** das CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

CAPÍTULO III – DO PACOTE DE BENEFÍCIOS

Art. 139 - Fica inserida na cobertura do plano de assistência médica contratado, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos neste Capítulo e, principalmente, desde que respeitadas as CONDIÇÕES GERAIS elencadas no final deste Contrato, os benefícios que compõem o Pacote de Benefícios, quais sejam:

- I. Proteção Familiar;
- II. Vida Em Grupo;
- III. Garantia Funeral II.

Parágrafo Único - Os benefícios deste artigo serão concedidos e efetivados aos respectivos beneficiados, apenas uma vez por contrato.

Art. 140 - Para usufruir dos benefícios descritos no Art. 139, o beneficiário titular (SEGURADO) não poderá contar, na data da assinatura do Contrato de Plano de Saúde, com idade igual ou superior a 55 (cinquenta e cinco) anos, não sendo aceito pela Seguradora detentora da apólice firmada pela Unimed Curitiba (ESTIPULANTE), qualquer exceção a este título.

§1º - No benefício denominado PROTEÇÃO FAMILIAR, além da idade máxima referida neste artigo, fica fixada a idade mínima de 16 (dezesesseis) anos para usufruir do mesmo.

§ 2º. Os dependentes netos, sobrinhos, irmãos e cunhados (cônjuge ou companheiro de irmão do titular) não terão direito aos benefícios especiais do Benefício Família e do Pacote de Benefícios

Art. 141 - A inscrição do Segurado perante a Seguradora é de responsabilidade da Unimed Curitiba, sendo que, a critério desta, a mesma somente ocorrerá após o efetivo pagamento da primeira mensalidade do plano de saúde contratado, a qual não se confunde, sob qualquer hipótese, com a TAXA DE INSCRIÇÃO paga no ato da assinatura do Contrato de Plano de Saúde.

Art. 142 - O início de vigência do Pacote de Benefícios respeitará a data de inscrição do Segurado perante a Seguradora, a qual se dará na forma do Art.141.

Art. 143 - O início da contagem dos períodos de carência exigidos para usufruir dos benefícios respeitará a data de vigência disposta no Art. 142.

Art. 144 - No caso do benefício denominado PROTEÇÃO FAMILIAR, além das carências definidas nas Condições Gerais, será exigida uma FRANQUIA de 60 (sessenta) dias, contados da ocorrência do evento, ou seja, será exigido o pagamento pelo Segurado, de duas mensalidades relativas ao plano de saúde, posteriormente ao evento, para usufruir do mesmo.

Parágrafo Único: os valores de coparticipação deverão ser pagos pelo contratante/beneficiário do plano, sendo que a isenção de pagamentos prevista na cobertura do Proteção Familiar, explicitada nas Condições Gerais do Pacote de Benefícios, refere-se apenas às mensalidades do plano de saúde.

Art. 145 - Em se tratando do benefício denominado VIDA EM GRUPO, o valor da indenização corresponderá ao valor definido na Apólice Mestra emitida pela Seguradora, referente ao contrato de seguro coletivo firmado entre àquela e a Unimed Curitiba, que na data de registro deste Regulamento equivale a R\$ 4.519,65 (quatro mil quinhentos e dezenove reais e

sessenta e cinco centavos).

Parágrafo Único: O valor acima descrito, bem como o valor definido no Art. 146, será corrigido na data de aniversário da Apólice firmada entre a Unimed Curitiba e a Seguradora, adotando-se para tanto o índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde a título de reajuste anual, incidente sobre o valor das mensalidades do plano de assistência médica contratado, o qual não se confunde, sob qualquer hipótese com o reajuste aplicado em função da mudança de faixa etária.

Art. 146 - Para a GARANTIA FUNERAL, a importância segurada, estipulada na Apólice firmada entre a Unimed Curitiba e a Seguradora corresponde a R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) na data do registro deste Regulamento.

Art. 147 - A comunicação dos eventos é de responsabilidade do Segurado e/ou de seus beneficiários, devendo esta ser efetuada diretamente à CORRETORA indicada pela Seguradora, a quem compete o acompanhamento dos processos de sinistros, bem como a prestação de quaisquer informações quanto aos benefícios garantidos neste Capítulo.

Art. 148 - Para usufruir dos benefícios em referência, é imprescindível que as mensalidades do plano de saúde estejam em dia na data do evento e, ainda, a comprovação dos pagamentos exigidos a título de franquia, quando for o caso.

Art. 149 - Após a inscrição do Segurado perante a Seguradora, lhe será remetido por aquela, um “kit” contendo os regulamentos dos benefícios a que fizer jus, cujas condições gerais já se encontram elencadas neste Regulamento.

CAPÍTULO IV – EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 150 - Aos beneficiários titulares, bem como aos seus dependentes, devidamente inscritos no plano de assistência à saúde, objeto deste contrato, será garantida a cobertura, sem qualquer custo, para os seguintes procedimentos, considerados como emergências/urgências odontológicas:

- I - Consulta inicial
- II. curativo em caso de hemorragia bucal - consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário;
- III. curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose - consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;

IV. mobilização dentária temporária - procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;

V. recimentação de peça protética - consiste na recolocação de peça protética;

VI. tratamento de alveolite - consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário;

VII. colagem de fragmentos - consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;

VIII. incisão e drenagem de abscesso extra oral - consiste em fazer uma incisão na face e posterior drenagem do abscesso;

IX. incisão e drenagem de abscesso intra-oral - consiste em fazer uma incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso; e

X. reimplante de dente avulsionado - consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização.

XI - Orientação de higiene bucal;

XII - Evidenciação de placa bacteriana;

XIII - Aplicação tópica de flúor.

Art. 151 - Os procedimentos identificados como sendo de emergência e ou urgência, acima elencados, serão precedidos de contato com a central de atendimento da DENTAL UNI ou através do site/Portal (www.dentaluni.com.br), para localização e encaminhamento para clínica de atendimento de emergência mais próxima e adequada, priorizando-se as suas clínicas 24 horas presentes na área de abrangência do plano.

§1º Localizado e encaminhado para uma das clínicas da rede de atendimento emergencial, o Beneficiário deverá se dirigir diretamente ao prestador.

§ 2º O atendimento na clínica indicada dar-se-á mediante apresentação do cartão de identificação da UNIMED CURITIBA, sendo que para os beneficiários com direito a este benefício, constará do referido **cartão a logomarca DENTALUNI**.

Art. 152 - Os demais procedimentos na Assistência Odontológica, com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde bucal, da OMS, e que compõem o ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, estão garantidos através desse plano ofertado, mas em regime de pós pagamento. O Beneficiário que pretender ser atendido para qualquer outro procedimento que não está listado acima nos incisos do Art. 150, deverá arcar com o pagamento pela sua realização, com preço de cada procedimento definido em tabela mantida

e divulgada pela Operadora Odontológica através de seu site/Portal (www.dentaluni.com.br).

Parágrafo Único – Para que o Beneficiário seja atendido para um dos procedimentos que não faz parte da lista de procedimentos de Emergência/ Urgência, listados acima, deverá entrar em contato com a Operadora odontológica para efetuar agendamento, devendo atentar para o preço definido para o procedimento pretendido, conforme definido em Tabela disponível no site/Portal (www.dentaluni.com.br) da DENTAL UNI, e atentar para as regras de direcionamento abaixo adotadas

Art. 153 - A Tabela listando o preço dos procedimentos a serem realizados sob a modalidade de pós pagamento, cujo acesso pode ser feito no site/Portal (www.dentaluni.com.br) da DENTAL UNI, será atualizada anualmente em variação a ser definida em negociação com os prestadores ligados a esse serviço.

Parágrafo Único – A Tabela de preços dos procedimentos sujeitos à modalidade pós-pagamento compõe e faz parte do presente Contrato, e a cada atualização de seus valores, a nova Tabela passará a fazer parte do contrato, por meio de aditivo, do qual as partes consentem, de antemão, apenas com a manutenção do presente vínculo.

Art. 154 - Para todos os procedimentos odontológicos realizados, através desse contrato, o Beneficiário deve entrar em contato com a Central de Atendimento da DENTAL UNI ou consultar o site/Portal (www.dentaluni.com.br), que auxiliará na localização de clínica mais próxima, para os atendimentos de procedimentos de emergência; ou para o agendamento para os atendimentos eletivos realizados em regime de pós pagamento, cujo valor será pago diretamente à Operadora odontológica.

Art. 155 - MANDATO: Para o cumprimento das obrigações assumidas pela CONTRATADA neste Capítulo, ficam conferidos pelo(s) CONTRATANTE(S), por meio da presente cláusula com efeitos de mandato, poderes à CONTRATADA, para o fim específico de contratar, administrar e rescindir Plano Misto Odontológico, registro ANS 475840164, contratação individual ou familiar, abrangência estadual, em favor da CONTRATADA, junto a Operadora de Planos Odontológicos **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF nº. 78.738.101/0001-51 e registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 304484, na modalidade de Cooperativa Odontológica, com sede na Rua Irmã Flávia Borlet, 197, bairro Hauer, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, CEP 81630-170, podendo para tanto, requerer, assinar termos e contratos e praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento da finalidade acima.

Parágrafo Único – Todos os custos relativos à referida contratação serão assumidos e arcados exclusivamente pela CONTRATADA.

CAPÍTULO V – SOS UNIMED CURITIBA

CONDIÇÕES GERIAS – FAMILIAR

DAS DEFINIÇÕES:

Art. 156 - Para fim e efeito deste instrumento, no que tange ao SOS UNIMED CURITIBA, são adotadas as seguintes definições:

I. **Abrangência Geográfica:** local onde serão prestados os serviços referentes ao SOS UNIMED CURITIBA, objeto deste instrumento, quais sejam: Municípios de Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária;

II. **Atendimento pré-hospitalar de emergência:** é o serviço de atendimento pré-hospitalar originado por situações clínicas ou cirúrgicas que impliquem em risco de vida ou de lesões irreparáveis à saúde do beneficiário, que requerem atendimento médico imediato, sendo este indicado no local onde o paciente se encontra e, após decisão médica, ser removido para uma unidade hospitalar e/ou ambulatorial com recursos apropriados, recebendo atendimento médico durante a remoção;

III. **Atendimento pré-hospitalar de urgência:** é o serviço de atendimento pré-hospitalar, originado por problemas no estado físico, decorrente de evento súbito, imprevisto e inesperado, que mesmo não implicando em risco de vida, possa causar danos físicos inescusáveis ao beneficiário, necessitando de atendimento imediato, podendo ser executado no local onde se encontrar o beneficiário ou ser removido para uma unidade hospitalar e/ou ambulatorial com recursos apropriados, recebendo atendimento médico durante a remoção;

IV. **Equipe Médica:** é a equipe que participa do atendimento, formada pelo médico atendente/intervencionista, um ou dois técnicos de enfermagem e um motorista sendo todos treinados em atendimento pré-hospitalar;

V. **Hospital/local de destino:** unidade hospitalar e/ou ambulatorial aonde será encaminhado o beneficiário para atendimento;

VI. **Medicação de Manutenção:** medicamento de uso contínuo;

VII. **Médico Atendente/Intervencionista:** é o médico que presta assistência médica direta aos beneficiários nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar;

VIII. **Médico Regulador:** é o médico a quem compete analisar, julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por telefone, enviando recursos

necessários ao socorro médico, bem como monitorar e orientar o atendimento feito pelo médico atendente/intervencionista, definindo e acionando o hospital de referência ou outro meio necessário ao atendimento, e quando não houver necessidade do envio de unidade móvel, prestar orientação médica por telefone;

IX. Regulação Médica: é o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar que faz o enlace com o nível hospitalar;

X. Remoção terrestre: ato de transferir uma pessoa com uma ambulância de um local para outro com recursos apropriados. A remoção obedecerá ao trajeto compreendido entre o local no qual se encontra o beneficiário, comunicado quando do acionamento do serviço e desde que dentro da abrangência do **Art. 159**, até o prestador de serviço credenciado da UNIMED CURITIBA que prestará o atendimento médico-hospitalar necessário;

XI. SOS Unimed Curitiba: serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência efetuado por uma empresa terceirizada.

DO OBJETO:

Art. 157 - Este instrumento tem por objeto ampliar a prestação de serviços pactuada do contrato de plano de assistência médico-hospitalar firmado com a UNIMED CURITIBA, viabilizando a utilização do serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, conforme descrito a seguir:

I. **Aconselhamento médico por telefone:** será fornecido a todos os beneficiários inscritos neste produto;

II. **Atendimento pré-hospitalar domiciliar de urgência/emergência:** será prestado aos beneficiários inscritos neste produto, após definição do médico regulador e executado por equipe médica, exclusivamente na área de abrangência geográfica prevista no **Art. 159** deste instrumento;

III. **Remoção terrestre de urgência/emergência:** será prestada aos beneficiários inscritos neste produto, após definição do médico regulador, que identificará o caráter de urgência e emergência e será realizada exclusivamente na área de abrangência geográfica prevista no **Art. 159** deste instrumento.

Parágrafo Único: Os serviços elencados acima serão prestados pelo SOS Unimed Curitiba ou por outro serviço indicado pela UNIMED CURITIBA.

DOS BENEFICIÁRIOS:

Art. 158 - Além do beneficiário titular, poderão ser inscritos como dependentes no SOS UNIMED CURITIBA, as pessoas abaixo nominadas e desde que devidamente inscritos no plano de assistência médica e hospitalar vigente, firmado com a UNIMED CURITIBA:

I. cônjuge;

II. os filhos(as) naturais ou adotivos solteiros(as);

III. o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado;

IV. o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

V. os filhos comprovadamente inválidos.

DA ÁREA ABRANGÊNCIA:

Art. 159 - O atendimento previsto neste Instrumento para o SOS UNIMED CURITIBA **RESTRINGE-SE** às cidades **de Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária.**

I. A UNIMED CURITIBA não se responsabiliza pelo atendimento fora da área acima prevista, estando a CONTRATANTE ciente de que a recusa no atendimento decorre da impossibilidade técnica, não caracterizando falha ou omissão.

DOS SERVIÇOS COBERTOS:

Art. 160 - Aconselhamento Médico por telefone: a UNIMED CURITIBA, por intermédio do SOS UNIMED, coloca à disposição dos beneficiários inscritos no serviço, uma equipe de plantão na Central de Atendimento, 24 (vinte e quatro) horas por dia, inclusive, sábados, domingos e feriados.

I. O médico regulador, via telefone, colhe as informações pessoais e os dados clínicos do beneficiário para a realização do aconselhamento médico, orientando, explicando, e esclarecendo sobre a atitude a ser tomada pelo beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável, que os permita assumir os cuidados de tratamento ou a buscá-los junto a uma unidade médica hospitalar.

Art. 161 - Atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência: a partir de solicitação telefônica feita pelo beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável, e identificação do beneficiário, o médico regulador analisará o caso e definirá o tipo de

atendimento indicado, enviando uma equipe médica, em ambulância, que se deslocará até o local da ocorrência, respeitada a área de abrangência definida no **Art. 159** deste instrumento, para prestar o atendimento inicial visando tratar e manter o beneficiário estável.

I. Caso haja necessidade, em função da gravidade do caso, da utilização de recursos hospitalares, a equipe médica, utilizando a mesma ambulância removerá o beneficiário para o hospital mais adequado, em comum acordo com o beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável, prestando atendimento contínuo até a chegada ao referido hospital;

II. A UNIMED CURITIBA e o SOS Unimed Curitiba não se comprometem a fornecer medicação de manutenção quando prescrita pelo médico deste serviço, se comprometendo, porém, a fornecer toda a medicação e material necessário ao atendimento de urgência/emergência;

III. Quando houver necessidade de remoção, o contato inicial com o hospital de destino será feito pelo SOS Unimed Curitiba por intermédio da Central de Atendimento do SOS Unimed Curitiba, em comum acordo com o beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável, de maneira que o atendimento seja realizado por médico integrante do quadro de cooperados da UNIMED CURITIBA em hospital credenciado desta;

IV. Caso o beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável optem pela prestação de serviços médicos e hospitalares por profissional não cooperado e/ou em hospital não credenciado, estes assumem a responsabilidade pelo contato inicial com hospital de destino, bem como assumem o pagamento das despesas decorrentes do atendimento;

V. Quando não houver especificação quanto ao hospital de destino para prestar o atendimento final, a equipe do SOS Unimed Curitiba removerá o beneficiário a um hospital credenciado da rede de prestadores da UNIMED CURITIBA.

Art. 162 - De um hospital para o seu local de domicílio: quando o quadro clínico do beneficiário permitir e existirem reais benefícios à sua recuperação, sob estrita indicação médica para internação domiciliar desde que admitido no Programa Unimed em Casa da UNIMED CURITIBA (internação domiciliar).

I. Estão cobertos por este instrumento, exclusivamente os atendimentos pré-hospitalares de urgência e emergência e, inclusive os decorrentes de acidente do trabalho, definidos

no item 2 – DO OBJETO para os seguintes quadros clínicos:

a) Alergologia: Reações alérgicas agudas com manifestação respiratória; choque anafilático e síndromes similares;

b) Cardiologia: Infarto agudo do miocárdio e outras síndromes cardíacas isquêmicas; aneurisma dissecante da aorta; obstrução das artérias com comprometimento sistêmico grave; arritmias cardíacas agudas; choque circulatório de qualquer natureza (séptico, neurogênico, hipovolêmico).

c) Gastroenterologia: Hemorragias digestivas (alta e baixa); quadros abdominais agudos: inflamatórios, hemorrágicos, perfurativos, vasculares e obstrutivos).

d) Neurologia: Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (fase aguda); traumatismo crânio-encefálico (fase aguda); traumatismo raquimedular (fase aguda); aneurisma intracraniano roto; crises convulsivas de qualquer etiologia; hipertensão intracraniana.

e) Pneumologia: Pneumotórax espontâneo; derrames pleurais com comprometimento ventilatório; estado de mal asmático; insuficiência respiratória aguda de qualquer etiologia.

f) Nefrologia: Insuficiência renal aguda em local não coberto por diálise.

g) Ginecologia e Obstetrícia: Prenhez tubária rota; grandes hemorragias puerperais. ruptura hemorrágica ou torção de cisto de ovário; qualquer situação do ciclo grávido puerperal que coloque em risco a mãe ou o feto.

h) Traumatologia Politraumatizado: traumas de face com distúrbios de ventilação; traumas de face com lesão no globo ocular; traumatismo torácico contusos e/ou penetrantes; traumas de grandes vasos sanguíneos com necessidade de cirurgia imediata; trauma abdominal contuso e/ou penetrante; trauma extenso de partes moles; amputação traumática (após avaliação da Central); queimaduras com área corporal comprometida superior a 20%; queimaduras de vias aéreas, dos órgãos genitais e da face; acometimento sistêmico por corrente elétrica; afogamento; intoxicações exógenas graves; picadas de animais peçonhentos, com risco de vida.

i) Outros: Ceto- acidose diabética; crise tireotóxica; hipoglicemia severa; crise psicótica aguda; desidratação aguda de qualquer etiologia; qualquer outra situação de urgência/ emergência que envolva risco para o paciente.

Inclui-se nesta cobertura a Orientação Médica 24 (vinte e quatro) horas pelo SOS Unimed Curitiba Fone: 0800 942 0000, através do qual o beneficiário poderá esclarecer as mais diversas dúvidas médicas com um profissional capacitado para tal.

DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS:

Art. 163 - Estão expressamente EXCLUÍDOS das coberturas previstas neste Instrumento os seguintes serviços:

- I. Transporte e atendimento pré-hospitalar quando já realizado por outras entidades ou empresas (reembolso);
- II. Serviços prestados a pessoas que não fazem parte deste Instrumento;
- III. Serviço de resgate em caso de acidente automobilístico, incêndio, deslizamento e inundação, exceto se requisitado pela a autoridade pública apoio no atendimento;
- IV. Remoções terrestres nas seguintes situações: beneficiário que apresentar uso de bebida alcoólica, casos psiquiátricos e dependência química, onde o beneficiário encontrar-se em surto colocando em risco a integridade física dos membros da equipe do SOS Unimed Curitiba, consulta médica, revisão de cirurgia e retirada de pontos, curativos, hemodiálise de rotina periódica programada, fisioterapia, exames complementares ao diagnóstico, oxigenioterapia hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, transporte de doadores de órgãos receptores, trabalho de parto a termo, estado febril, dor de dente, investigação de sintomas gerais, controle de tratamento ambulatorial, pacientes crônicos em tratamento continuado sem agudização do processo, dor de ouvido;
- V. Atendimentos em nível ambulatorial e/ou eletivos (consulta médica no domicílio, curativos, aplicação de injeção, medicação);
- VI. Serviços de enfermagem.

Art. 164 - Ficam, ainda, EXCLUÍDOS de cobertura:

- I. Patologias de atendimento ambulatorial;
- II. Patologias Psiquiátricas;
- III. Intoxicação alcoólica e por substâncias consideradas entorpecentes;
- IV. Tentativa de suicídio;
- V. Remoções eletivas - aquelas solicitadas pelos beneficiários não caracterizadas

como urgência e/ou emergência pelo médico regulador.

Parágrafo Primeiro: Nos casos de óbito do beneficiário, não compete a UNIMED CURITIBA as providências e/ou despesas de traslado, urna funerária, embalsamento, sepultamento etc., sendo estas de exclusiva responsabilidade do acompanhante ou responsável pelo beneficiário.

Parágrafo Segundo: Os serviços objetivo do presente instrumento estarão excluídos das coberturas do Benefício Família, cujo benefício refere-se à gratuidade do plano de saúde aos dependentes no caso de óbito do beneficiário titular.

Art. 165 - O presente Instrumento NÃO prevê cobertura nos seguintes casos:

- I. Atendimentos que não sejam de urgência e emergência;
- II. Atendimentos em nível ambulatorial e/ou eletivos;
- III. Toda e qualquer remoção para localidade fora da área de abrangência geográfica deste Instrumento;
- IV. Atendimento em casos de conflitos calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções, epidemias, envenenamento coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população, inclusive, decorrentes de radiação e/ou emanações nucleares ou ionizantes, salvo acidentes localizados e isolado;
- V. Portadores de doenças crônicas em tratamento ambulatorial, tais como fisioterapia, hemodiálise, exames subsidiários e consultas;
- VI. Atendimento para consulta ambulatorial e controle de tratamento ambulatorial;
- VII. Pacientes crônicos em tratamento continuado, sem agudização do processo;
- VIII. Distúrbios neuro-vegetativos;
- VIII. Trabalho de parto salvo situação de risco para a mãe e/ou bebê;
- IX. Transporte para realização de exames.

DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS:

Art. 166 - As inclusões, bem como as exclusões posteriores de beneficiários no plano de saúde implica na inclusão ou exclusão automática do SOS UNIMED.

DAS CARÊNCIAS:

Art. 167 - Não haverá carências para a utilização dos serviços convencionados neste Instrumento para o SOS UNIMED CURITIBA.

DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES:

Art. 168 - Para usufruir dos serviços na forma descrita neste instrumento, obriga-se a CONTRATANTE e/ou seus beneficiários, incluídos como beneficiários dos serviços contratados, a fazer contato com o SOS Unimed Curitiba, via telefone, por intermédio da Central de Atendimento 24h, que dispõe de central de gravação digital de chamadas.

Art. 169 - No momento da ligação, o beneficiário, seu familiar e/ou acompanhante/responsável ficam obrigados a informar o local do atendimento, o nome, a idade e o plano de saúde do beneficiário, bem como e principalmente, responder aos questionamentos feitos pelo médico regulador, que inclui as condições físicas (quadro clínico) explicitando ao máximo as condições do chamado.

Art. 170 - É de responsabilidade exclusiva do beneficiário, seu familiar e/ou acompanhante/responsável os prejuízos advindos da transmissão errônea à Central de Atendimento 24h, ou seja, informação equivocada, imprecisa, tendenciosa e pouco clara.

Art. 171 - Caso o beneficiário necessite de atendimento fora dos limites do perímetro urbano físico identificado como área de abrangência geográfica no Art. 159 deste Instrumento o mesmo será de responsabilidade do beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável.

Art. 172 - É de responsabilidade exclusiva do beneficiário, seus familiares, acompanhante e/ou responsável o pagamento de qualquer atendimento fora da cobertura deste Instrumento.

Art. 173 - Compete tão somente ao médico plantonista/intensivista a decisão de atender o beneficiário no local em que este se encontrar, desde que respeitada a área de abrangência definida no **Art. 159** acima, ou a sua transferência, removendo este a uma unidade hospitalar e/ou ambulatorial credenciada a UNIMED CURITIBA e com recursos apropriados para prestar o atendimento necessário.

Art. 174 - Excluem-se das responsabilidades da UNIMED CURITIBA todo e qualquer tipo de complicação agravamento, piora e comprometimento do quadro clínico, danos, sequelas, lesões e também o óbito de beneficiários cuja solicitação de atendimento se fez tardiamente ou quando houver demora, por parte do hospital de destino do beneficiário, em providenciar os itens definidos no presente Instrumento, cujo tratamento pelo médico assistente se fez de forma inadequada e cujo diagnóstico se fez erroneamente.

Art. 175 - A UNIMED CURITIBA não se responsabiliza por qualquer consequência danosa ao

beneficiário, decorrente do tratamento, atos e procedimentos médicos ministrados ao beneficiário antes do seu recebimento pela equipe médica do SOS Unimed Curitiba, na origem do transporte e depois da sua entrega no local de destino escolhido pelos responsáveis e/ou familiares.

Art. 176 - O beneficiário, familiar e/ou responsável autoriza o SOS Unimed Curitiba a executar todo e qualquer ato e/ou procedimento médico, intervenção, tratamentos e/ou uso de medicamentos hemoderivados e substâncias de uso na medicina, adequados e recomendados para o tratamento do paciente e a boa condução do seu caso clínico/cirúrgico.

Art. 177 - Em situações críticas e especiais, decorrentes de piora clínica dos beneficiários, deterioração das condições de dirigibilidade ou defeito da unidade móvel (ambulância) e/ou toda e qualquer situação que impeça a chegada ao destino pretendido, fica autorizada a equipe médica do SOS Unimed Curitiba a deslocar o beneficiário ao local mais adequado, que atenda as suas condições de atendimento seguro.

Art. 178 - Em caso de óbito do beneficiário, ocorrido quando ainda estiver sob a responsabilidade técnica do SOS Unimed Curitiba, poderá a equipe médica assistente encaminhar o falecido ao serviço de verificação de óbito no Instituto Médico Legal para a expedição do competente atestado de óbito, quando houver qualquer situação que respalde legal, ética ou tecnicamente tal ação.

Art. 179 - A CONTRATANTE se responsabiliza em manter os dados cadastrais atualizados junto a UNIMED CURITIBA sempre que ocorrerem alterações, principalmente nos dados do endereço residencial do beneficiário deste Instrumento, sob pena do SOS Unimed Curitiba não realizar o atendimento solicitado.

Art. 180 - A CONTRATANTE obriga-se a informar de forma clara e precisa aos seus beneficiários os direitos e obrigações deste Instrumento, sob pena de ser responsabilizada pela ausência de informações.

DA VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E RESCISÃO DO SOS UNIMED CURITIBA:

Art. 181 - A UNIMED CURITIBA poderá rescindir este instrumento, independentemente de notificação judicial, ocorrendo fraude por:

- I Qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários, na utilização dos serviços objeto deste instrumento;

II Utilização indevida dos serviços previstos neste instrumento prestado pela UNIMED CURITIBA aos beneficiários, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

III Omissão ou distorção de informações fornecidas pelos beneficiários em prejuízo da UNIMED CURITIBA, ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.

Art. 182 - Havendo utilização indevida dos serviços previstos neste instrumento, assim entendida, também, a utilização por terceiros, a UNIMED CURITIBA poderá rescindir o instrumento, independentemente de notificação judicial, não ficando a CONTRATANTE eximida do pagamento integral das despesas decorrentes.

Art. 183 - Havendo cancelamento e/ou exclusão de beneficiário do contrato de assistência médica, os serviços abrangidos neste instrumento estarão automaticamente suspensos.

Art. 184 - Por se tratar de ampliação de cobertura, na hipótese de rescisão do contrato de plano de assistência médico-hospitalar firmado entre a CONTRATANTE e a UNIMED CURITIBA, este instrumento será automaticamente rescindido.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DO SOS UNIMED CURITIBA:

Art. 185 - A CONTRATANTE e seus beneficiários ficam cientes de que as obrigações da UNIMED CURITIBA são de meio e não de resultado, sendo que a UNIMED CURITIBA se compromete a realizar os serviços aqui acordados por equipe técnica e profissionais médicos devidamente capacitados.

Art. 186 - Este instrumento constitui o único documento que regula os direitos e obrigações das partes relativamente ao seu objeto, ficando expressamente revogado e cancelado todo e quaisquer atendimento ou ajuste porventura existente que não esteja aqui respectivamente consignado.

Art. 187 - Faz parte integrante deste instrumento a relação dos beneficiários inscritos no plano de saúde na data da adesão ao produto.

TÍTULO XVII - ELEIÇÃO DE FORO

Art. 188 - Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio do Contratante para dirimir toda e qualquer demanda deste Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CONDIÇÕES GERAIS DOS BENEFÍCIOS DO PACOTE

A. PROTEÇÃO FAMILIAR

a) Não havendo beneficiários indicados, a indenização será paga àqueles que figurarem no

Plano de Saúde firmada com o ESTIPULANTE (UNIMED CURITIBA) como dependentes do SEGURADO (BENEFICIÁRIO TITULAR).

1.2. À falta destes, na forma do item 11.1.

- 2. Invalidez Permanente e Total por Acidente** - pagamento, ao próprio segurado, do capital segurado contratado, caso ocorra a invalidez permanente e total em razão de acidente devidamente coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contestação, não decorrente de riscos excluídos.

A invalidez se caracterizará, também, com a perda total da visão de ambos os olhos; ou do uso de ambos os braços, ou do uso de ambas as pernas, ou do uso de ambas as mãos, ou do uso de um braço e uma perna, ou do uso de uma mão e um pé ou, ainda, do uso de ambos os pés.

- 3. Incapacidade Física Temporária e Total por Acidente ou Doença** – exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos, pagamento, diretamente ao ESTIPULANTE, de indenização equivalente a 05 (cinco) mensalidades do plano de saúde, enquanto perdurar a incapacidade.

Requisito: exercício de atividade liberal ou autônoma por um período anterior mínimo de ininterrupto de 12 (doze) meses; para os eventos seguintes, 6 (seis) meses, contado a partir do final do período anteriormente indenizado.

Não terá cobertura o evento que ocorrer em intervalo inferior a 06 (seis) meses em relação a evento anterior que tenha sido indenizado.

- 4. Perda de Renda por Desemprego Involuntário** – exclusivamente a empregados sujeitos ao regime da CLT, pagamento, a ser feito diretamente à UNIMED, de 05 (cinco) mensalidades do Plano de Saúde, em caso de sua demissão involuntária e imotivada.

Requisito: duração mínima do contato de trabalho de 12 (doze) meses ininterruptos; para eventos seguintes, 6 (seis) meses, contados a partir do final do período anteriormente indenizado.

- 5. As Garantias de Morte por Acidente e de Invalidez Permanente e Total por Acidente** não se acumulam, assim, como não se acumulam as garantias de Invalidez Temporária e Total por Acidente e de Perda Renda por Demissão Involuntária.

6. EXCLUSÕES:

- a) Para Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente e Incapacidade Física**

Temporária por Acidente ou Doença, estão EXCLUÍDOS os eventos decorrentes de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) competições com veículos inclusive treinos preparatórios, e acidentes decorrentes da prática profissional de esportes como: balonismo, asa delta, vôo livre, pára-quedismo, hipismo, alpinismo, mergulho com equipamento de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, luta livre, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco;
- d) quaisquer alterações mentais, direta ou indireta consequentes do uso de álcool, de drogas, entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- e) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, inclusive a condução de veículos automotivos sem a devida habilitação legal;
- f) eventos que caracterizem preexistência, nos termos destas Condições Gerais;
- g) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrente de acidente coberto;
- h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para a esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- i) tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- j) envenenamentos em caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
- k) suicídio ou tentativa de suicídio, antes de decorridos dois anos de vigência do seguro;
- l) acidentes com veículos motorizados, dirigidos por segurados sem a devida habilitação legal.
- m) exceto para Invalidez Permanente Total por Doença, doenças (incluindo-se as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas,

desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidentes, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível.

6.2 Para Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, aplicam-se as EXCLUSÕES previstas nas alíneas “a” a “m”, acima, MAIS:

- n) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- o) gravidez, parto, aborto e suas intercorrências e consequências;
- p) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- q) choque anafilático e suas consequências;
- r) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de função em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas em acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência da retirada de câncer ocorridos durante a vigência do seguro;
- s) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- t) tratamento odontológico e ortodôntico;
- u) inseminação artificial;
- v) quaisquer tratamentos por motivo de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;
- w) tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente de suas causas.

6.3 Para garantia de Perda de Renda por Desemprego Involuntário estão excluídos os eventos decorrentes de:

- a) demissão por justa causa;
- b) aposentadoria;
- c) programas de demissão voluntária que tenha aderido o segurado;
- d) término de contratos de estágio e de contratos de trabalho temporário em geral;
- e) rescisão de contrato de trabalho, seja qual for a causa, quando houver outro em vigor;

- f) demissões decorrentes de falência, concordata, privatização e liquidação extrajudicial;
- g) fatos que caracterizem preexistência, nos termos destas Condições Gerais.

7. Carência aplicável às garantias de Incapacidade Total e Temporária por Acidente ou Doenças e Perda de Renda por Desemprego Involuntário: 90 (noventa) dias.

8. Franquia aplicável às garantias de Incapacidade Total ou Temporária por Acidente ou Doença e Perda de Renda por Desemprego Involuntário: 60 (sessenta) dias.

B. SEGURO DE VIDA

9. Cobertura de Seguro de Vida, ao Beneficiário Titular do Plano de Saúde, por morte natural ou acidental, após cumprida uma permanência de 180 (cento e oitenta) dias no Plano, para morte natural, e de 24 (vinte e quatro) horas para acidental, contados da data de sua inscrição, e desde que, nesta data, o Beneficiário esteja em boas condições de saúde e não tenha completado 55 anos.

10. Está EXCLUÍDA desta cobertura, a morte decorrente das coisas previstas nas alíneas “a” e “b” do item 6.1 e as doenças ou lesões preexistentes à inclusão no Plano.

11. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora, por escrito, a indicação ou alteração dos seus beneficiários.

11.1. NÃO HAVENDO BENEFICIÁRIO INDICADO O SEGURO SERÁ PAGO DA SEGUINTE FORMA:

Situação do Segurado	Beneficiário
Segurado casado	Metade ao cônjuge sobrevivente e metade aos filhos do Segurado
Segurado solteiro, ou separado, judicialmente ou de fato, ou viúvo, com companheira(o), com filhos	Metade ao companheiro e metade aos filhos do Segurado

Segurado solteiro, ou separado, judicialmente ou de fato, ou viúvo, sem companheira(o), com filhos	Aos filhos do Segurado
Segurado casado com companheira (solteiro, ou separado judicialmente ou de fato, ou viúvo) e sem filhos	Ao cônjuge, ou companheira
Segurado solteiro, ou separado, judicialmente ou de fato, ou viúvo, sem companheira(o) e sem filhos	Aos pais, ou na falta deles, aqueles outros estabelecidos na ordem de vocação hereditária

C. SEGURO UNIMED GARANTIA FUNERAL

12 Prestação de Serviço de Assistência e pagamento ou reembolso de despesas relativas ao funeral do Beneficiário, dentro do limite da importância segurada, estabelecida no Contrato do Plano de Saúde.

13. Serão considerados segurados, exclusivamente, os seguintes beneficiários do Plano de Saúde da Unimed:

- a. o Beneficiário Titular do Plano de Saúde, bem como seus respectivos cônjuges (ou companheiros), **com idade inferior a 55 (cinquenta e cinco) anos;**
- b. filhos do Beneficiário Titular menores de 24 (vinte e quatro) anos, com relação de dependência, de acordo com a legislação do Imposto de Renda.

14. EXCLUSÕES:

Estão excluídas as despesas decorrentes do falecimento ocorrido em consequência de:

- a) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, e ainda, atos das Forças Armadas e de Segurança em tempos de paz;
- b) inundação, furacão, ciclones, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, maremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;

- c) radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação pela radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e explosões nucleares;
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- e) competição com veículos, inclusive treinos preparatórios;
- f) quaisquer doenças ou estados patológicos produzidos, direta ou indiretamente, pelo consumo de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas e medicamentos utilizados sem prescrição médica;
- g) doenças preexistentes e conhecidas pelo Estipulante na época da contratação do seguro e acidentes ocorridos antes da contratação individual do seguro;
- h) aquisição de jazigo ou carneira;
- i) cremação, exceto se disponível no local de falecimento do Segurado ou de sua moradia habitual;
- j) exumação de corpos, mesmo que necessária ao sepultamento do Segurado;
- k) evento excluído do Plano de Saúde ou que tenha sido objeto de agravamento ou cobertura parcial temporária.

15. CARÊNCIA: para morte natural, 30 (trinta) dias, contados a partir da data da inscrição no seguro. Para morte acidental não haverá carência.

16. PROCEDIMENTOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

GARANTIA FUNERAL

Em caso de sinistro, deverá ser acionada a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, pelos telefones:

**0800-7020242, no Brasil,
(5511) 4689-5781, no exterior.**

Não sendo acionado o Serviço de Assistência, deverão ser encaminhados à Seguradora, por intermédio da Corretora, para reembolso das despesas com funeral, até o limite de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), os documentos relacionados no item 17.

A cobertura deste seguro abrange a morte do Segurado, em qualquer parte do mundo,

sendo o serviço do sepultamento ou cremação restritos ao território brasileiro.

17. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.

Comunicação de sinistro, preenchido e assinado pelo Estipulante, ou segurado ou Beneficiário, conforme o caso, e pelo médico assistente, com o número de registro no conselho e firma reconhecida do médico, mais os seguintes documentos:

PROTEÇÃO FAMILIAR

a. Em caso de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente e Incapacidade Física Total Temporária:

Do Segurado:

- Cópia autenticada do CPF/MF e RG;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito (quando aplicável);
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial ou C.A.T. (quando aplicável); Cópia autenticada do Inquérito Policial (quando aplicável);
- Relatório médico comprovando a Invalidez (original, quando aplicável, com Número no Conselho e firma reconhecida do médico).

Dos Beneficiários, em caso de morte do Segurado:

Cônjuge – Certidão de Casamento atualizada (emitida após o óbito), e Cédula de Identidade;

Filhos, pais, tios, primos ou outros – Cédula de Identidade ou Certidão de Nascimento;

Companheira – prova dessa condição e Cédula de Identidade ou Certidão de Nascimento.

No caso de **Incapacidade Física Total Temporária**, é necessária, ainda, a comprovação da atividade autônoma ou liberal e da incapacidade:

Cópia autenticada do recolhimento do ISS;

Cópia autenticada do recolhimento do INSS;

Cópia autenticada do recibo de recolhimento Carnê Leão ou da última declaração de Imposto de Renda;

Laudo médico, contendo período previsto para o afastamento;

Exames complementares realizados;

Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;

Documentos relacionados com a perda de rendimentos, sempre que solicitados;

b. Em caso de Desemprego Involuntário

Cópia autenticada da Carteira de Trabalho;

Página de Qualificação Civil;

Página do Registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);

Página anterior a do Contrato de Trabalho;

Página posterior a do Contrato de Trabalho;

Cópia autenticada do termo de Rescisão Contratual;

Comprovante de solicitação de Seguro Desemprego.

VIDA EMGRUPO

Documentos relacionados no item **17.**, subitem **a.**, *no que for aplicável.*

GARANTIA FUNERAL

Em caso de reembolso de despesas comprovadas, não tendo sido utilizado o serviço de assistência:

a. Do Segurado falecido:

Documentos relacionados no item **17.**, subitem **a.**, *no que for aplicável.*

b. De quem realizou as despesas funerárias:

- Cópia autenticada do RG e do CPF/MF;
- Logradouro/CEP/telefone
- No caso de crédito em conta corrente: dados da conta corrente (nome e número do banco, número e nome da agência e número da conta corrente).

c. Original das notas fiscais nominais.

18. PRAZOS

Prazos para pagamento de indenização, contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do sinistro:

PROTEÇÃO FAMILIAR

- morte acidental ou invalidez permanente total por acidente** – dentro de 30 (trinta) dias, em uma única parcela;
- desemprego** – 3 (três) primeiras mensalidades pagas diretamente ao estipulante, nos 15 (quinze) dias subsequentes ao período de franquia; as próximas mediante nova comprovação dá continuidade do desemprego;
- incapacidade total e temporária** – 03 (três) primeiras mensalidades pagas diretamente ao estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, após o período de franquia, conforme estabelecido no laudo, médico, observado o critério habitualmente utilizado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida.

VIDA EM GRUPO E GARANTIA FUNERAL: 30 (TRINTA) DIAS

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não implicam por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

Este seguro é garantido pela UNIMED SEGURADORA S.A., sediada na Al. Santos, 1827 – 4 e 5 andares – Cerqueira Cesar – São Paulo – SP – CEP 01419-909, e será assegurado, pelo prazo que a UNIMED CURITIBA mantiver vigente a Apólice com a Seguradora.

A UNIMED acima, como Estipulante do seguro, tem o dever de fazer ao Segurado todas as comunicações relativas ao seguro, bem como de representá-lo perante a Seguradora.

DISPOSIÇÕES GERAIS E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1.1. As Partes resolvem, de comum acordo, inserir a Cláusula DA PROTEÇÃO DE DADOS, de forma a estipular as disposições relativas à proteção de dados e outros aspectos relacionados à legislação sobre proteção de dados aplicável, a qual passará a vigorar com a seguinte redação:

As Partes, por si e por seus colaboradores, obrigam-se, sempre que aplicável, a atuar no presente Contrato em conformidade com a Legislação vigente sobre proteção de dados relativos a uma pessoa física (“Titular”) identificada ou identificável (“Dados Pessoais”) e as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial a Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados” ou “LGPD”).

1.2. As Partes são consideradas Controladoras Singulares dos Dados Pessoais e dos Dados Pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural (“Dados Pessoais Sensíveis”) tratados no âmbito da execução deste Contrato.

1.3. Cada Parte monitorará, por meios adequados, sua própria conformidade e a de seus colaboradores e operadores, com as respectivas obrigações relativas à proteção de Dados Pessoais.

1.4. O CONTRATANTE está ciente de que a CONTRATADA tratará Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis para prestar os serviços relativos ao plano de assistência médica hospitalar estipulado neste contrato e que possui o compromisso com a proteção dos Dados Pessoais coletados dos beneficiários de acordo com as leis em vigor, em especial a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

1.5. A CONTRATADA envidará seus melhores esforços para proteção das informações coletadas e tratadas em decorrência da execução do Contrato, principalmente dos

Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis, aplicando as medidas de proteção administrativa e técnica necessárias e disponíveis à época, exigindo de seus fornecedores o mesmo nível aceitável de Segurança da Informação, com base em melhores práticas de mercado, a partir de cláusulas contratuais.

- 1.6.** A CONTRATADA compromete-se em tratar os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis de forma restrita aos fins estabelecidos neste contrato, prevenindo e evitando o uso para quaisquer outros fins alheios aos aqui descritos ou por terceiros não autorizados.
- 1.7.** As Partes, incluindo seus colaboradores e operadores, deverão tratar os Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis de forma confidencial e com o mesmo nível de segurança que tratam seus dados e informações de caráter confidencial, ainda que o Contrato venha a ser resolvido e independentemente dos motivos que deram causa à resolução.
- 1.8.** As Partes comprometem-se a adotar medidas, ferramentas e tecnologias necessárias para garantir a segurança dos Dados Pessoais e Dados Pessoais Sensíveis tratados, mediante esforço razoável e em conformidade com os controles de segurança da informação e com a legislação aplicável.
- 1.9.** As Partes comprometem-se a auxiliar uma à outra: (a) no cumprimento de suas obrigações judiciais ou administrativas, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normas aplicáveis, fornecendo informações relevantes disponíveis e qualquer outra assistência para documentar e eliminar a causa e os riscos impostos por quaisquer violações de segurança verificadas na execução deste Contrato; e (b) no atendimento às solicitações de exercício de direitos dos titulares.
- 1.10.** Cada parte será responsável por receber e atender as solicitações de exercício de direitos dos titulares em relação às suas próprias atividades de tratamento. Caso uma Parte receba um questionamento/solicitação que não seja de um tratamento de sua responsabilidade deverá se abster de responder ao titular diretamente e deverá informar em até 3 (três) dias tal fato à Parte responsável, por escrito.
- 1.11.** Na hipótese de a Parte inocente arcar com os prejuízos decorrentes de danos gerados pela outra Parte diante do descumprimento das obrigações ou responsabilidades atinentes a Proteção de Dados aqui assumidas, fica assegurado à Parte inocente o direito de regresso contra a Parte responsável, desde que devidamente comprovada a sua responsabilidade.

- 1.12.** Em caso de qualquer dúvida com relação às disposições sobre o Tratamento de Dados Pessoais realizados pela CONTRATADA, o CONTRATANTE e os beneficiários poderão consultar a Política de Privacidade da CONTRATADA no endereço eletrônico www.unimedcuritiba.com.br ou efetuar contato por meio dos canais de atendimento disponíveis.
- 1.13.** Caso exista modificação dos textos legais acima indicados ou de qualquer outro, de forma que exija modificações na estrutura da prestação de serviços ou na execução das atividades ligadas a este Contrato, as Partes comprometem-se a adequar as condições vigentes. Se houver alguma disposição que impeça a continuidade do Contrato conforme as disposições acordadas, a Parte deverá notificar formalmente este fato à outra Parte, que terá o direito de resolver o presente Contrato sem qualquer penalidade, apurando-se os valores devidos até a data da rescisão.
- 1.14.** Na hipótese de conflito ou ambiguidade entre os termos deste Contrato e demais documentos relativos à contratação do plano de assistência médica hospitalar no âmbito do tratamento de dados pessoais, incluindo Propostas de Adesão e Termos Aditivos, prevalecerão os termos e condições previstas neste Contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que com uso de assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, nos termos do §2º do artigo 10 da Medida Provisória nº 2.200-2/2001, sendo o presente Aditivo irrevogavelmente considerado como prova documental e título executivo extrajudicial, para todos os fins e efeitos.

CURITIBA

Sede administrativa

Atendimento - de segunda a sexta-feira das 08h às 18h

Avenida Affonso Pena, 297 - Tarumã - Curitiba PR - Cep 82.530-280

www.unimedcuritiba.com.br

Unidade Shopping Palladium

Atendimento - de segunda a sexta-feira das 7h às 19h e aos sábados, das 7h às 13h.

Av. Presidente Kennedy, 4121 - Portão

Shopping Palladium - Varanda externa Piso G1 - Loja S09.

Unidade Dr. Pedrosa

Atendimento - segunda a sexta-feira das 7h às 19h e sábado das 7h às 13h.

Rua Dr. Pedrosa, 194 - Centro.

Unidade Itupava

Atendimento - segunda a sexta-feira das 7h às 19h. Rua Itupava, 737 - esquina com José de Alencar - Alto da XV.

REGIÃO METROPOLITANA

Unidade São José dos Pinhais

Atendimento - segunda a sexta-feira das 08h às 19h. Rua Izabel A Redentora, nº 1.434 - Centro -

Shopping São José dos Pinhais - L1, loja 129 - A.

CANAIS DE ATENDIMENTO UNIMED CURITIBA

Liberações e informações sobre procedimentos (41) 3019 2000

Central 24 Horas

0800 642 2002

Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala

0800 642 5005

Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)

atendimentoaocliente@unimedcuritiba.com.br

APLICATIVO

Guia Médico Online

Para fazer o download do aplicativo acesse o portal da Unimed Curitiba www.unimedcuritiba.com.br

OUVIDORIA

www.unimedcuritiba.com.br/ouvidoria

A Ouvidoria da Unimed Curitiba é um setor qualificado para atender às demandas não solucionadas pelos canais de atendimento convencionais. Para agilizar o processo, ao entrar em contato, sugerimos que você esteja com o número de protocolo da manifestação já realizada junto ao SAC ou atendimento telefônico, que são as áreas responsáveis pelo primeiro atendimento aos clientes.



[facebook.com/Unimed Curitiba](https://facebook.com/UnimedCuritiba)

UNIDADES DE ATENDIMENTO