



REGULAMENTO PLANO UNIPLAN COLETIVO POR ADESÃO SEM
COPARTICIPAÇÃO
APARTAMENTO COM OBSTETRÍCIA

PESSOA JURÍDICA
4ª EDIÇÃO

ÍNDICE

1	QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA -----	1
2	QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE -----	1
3	NOME COMERCIAL E N.º DE REGISTRO DO PLANO NA ANS -----	1
4	TIPO DE CONTRATAÇÃO -----	1
5	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE -----	1
6	ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE -----	1
7	ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE -----	2
8	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO -----	2
9	FORMAÇÃO DO PREÇO -----	2
10	SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS -----	2
11	CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO -----	3
12	CLÁUSULA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO -----	3
13	CLÁUSULA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS -----	4
14	CLÁUSULA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA -----	10
15	CLÁUSULA V – DURAÇÃO DO CONTRATO -----	16
16	CLÁUSULA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA -----	16
17	CLÁUSULA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES -----	17
18	CLÁUSULA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA -----	19
19	CLÁUSULA IX - DA REMOÇÃO -----	20
20	CLÁUSULA X - DA REMOÇÃO PARA O SUS -----	21
21	CLÁUSULA XI - DO REEMBOLSO -----	21
22	CLÁUSULA XII - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO -----	23
23	CLÁUSULA XIII - DA SISTEMÁTICA DE ATENDIMENTO -----	24
24	CLÁUSULA XIV - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE -----	26
25	CLÁUSULA XV - REAJUSTE-----	27
26	CLÁUSULA XVI - FAIXAS ETÁRIAS -----	30
27	CLÁUSULA XVII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO -----	31
28	CLÁUSULA XVIII - BENEFÍCIO FAMÍLIA -----	32
29	CLÁUSULA XIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO -----	34
30	CLÁUSULA XX - DISPOSIÇÕES GERAIS -----	35
31	CLÁUSULA XXI - ELEIÇÃO DE FORO -----	38
32	TERMO ADITIVO TRANSPORTE AEROMÉDICO -----	39
33	CLÁUSULA I - OBJETO -----	39
34	CLÁUSULA II - CONDIÇÃO DE ADMISSÃO -----	39

35	CLÁUSULA III - DURAÇÃO DO CONTRATO -----	39
36	CLÁUSULA IV - PERÍODO DE CARÊNCIA -----	40
37	CLÁUSULA V - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE -----	40
38	CLÁUSULA VI - REAJUSTE -----	40
39	CLÁUSULA VII - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO -----	41
40	CLÁUSULA VIII - RESCISÃO/SUSPENSÃO-----	41
41	CLÁUSULA IX - DAS CONDIÇÕES GERAIS -----	42
42	CLÁUSULA X - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO-----	43
43	CLÁUSULA XI - COBERTURA EXCLUÍDA -----	47

CONTRATO Nº _____

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 Tarumã, Curitiba/PR., CEP: 82530-280.

Classificação na ANS: Cooperativa Médica.

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE:

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

NOME COMERCIAL E NÚMERO DO REGISTRO DO PLANO NA ANS:

UNIPLAN NR AMB HOSP APTO OBST ADESÃO.

Registro na ANS nº 429.512.009.

TIPO DE CONTRATAÇÃO:

Coletivo por Adesão.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

Ambulatorial Hospitalar Com Obstetrícia.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

A área de Abrangência do presente contrato é Nacional, compreendendo todas as Cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed.

A relação de Cooperativas poderá ser consultada no site da Unimed Curitiba www.unimedcuritiba.com.br.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
Região 1.

PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:
O Padrão de Acomodação é Individual.

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

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS:
Não há previsão de serviços e coberturas adicionais neste contrato.

**CLÁUSULA
I****ATRIBUTOS DO CONTRATO**

1.1 - 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.

1.2 - 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.

**CLÁUSULA
II****CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

2.1 - Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

2.2 - São beneficiários titulares exclusivamente a população que mantém vínculo direto com a CONTRATANTE, na forma da legislação vigente.

2.3 - São beneficiários dependentes diretos em relação ao beneficiário titular, exclusivamente:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros, até o limite de idade estabelecido no item n.º XIII PERMANÊNCIA DOS DEPENDENTES NA CONDIÇÃO DE FILHOS da Proposta de Admissão;
- 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 convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) os filhos comprovadamente inválidos, sem limite de idade;

2.4 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.

É assegurada a inclusão:

I. do recém-nato, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, 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/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 titular adotante, desde que efetivada em até 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção ou da guarda provisória;

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. dos novos titulares, com os mesmos eventuais prazos de carência, estabelecidos na Cláusula VI que define os Períodos de Carência;

V. Ultrapassados os prazos previstos nesta Cláusula, os novos beneficiários cumprirão os períodos de carências indicados na Cláusula VI que define os Períodos de Carência.

CLÁUSULA III

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

COBERTURAS CONTRATADAS:

3.1 - 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/10º Revisão

CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigente à época do evento.

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

3.3 - 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.

3.4 - 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.

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

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

COBERTURA AMBULATORIAL:

3.7 - 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 peritoneal - 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:

3.8 - 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 a 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;
- IX - Cobertura de despesas de acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante de beneficiário menor de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente, 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 diagnóstico 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 (trezentos) 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/10º Revisão - CID - 10, incluindo:

- a) Custeio integral de pelo menos 30 (trinta) dias de internação;
- b) Nas internações psiquiátricas o custeio parcial excepcionalmente poderá ser 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;

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.

- c) A cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá se dar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

XIX - 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:

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

- a.1) as despesas assistenciais com doadores vivos;
- a.2) os medicamentos utilizados durante a internação;
- a.3) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
- a.4) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

b) 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.

c) 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.

4.1 - 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:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- III. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, exceto nos casos de internação domiciliar oferecida pela operadora em substituição à internação hospitalar;
- IV. 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;
- V. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- VI. 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;
- VII. Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- VIII. Despesas de acompanhantes, excepcionadas:
 - a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante de menores de 18 (dezoito) 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.

IX. Cirurgias para mudança de sexo;

X. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XI. Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XII. 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;

XIII. Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XIV. Inseminação artificial;

XV. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XVI. Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

XVII. Procedimentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

XVIII. Aplicação de vacinas;

XIX. Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XX. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

XXI. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXII. 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;

XXIII. Transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;

XXIV. Tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

XXV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

XXVI. Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXVII. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e

XXVIII. Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

4.2 - Os hospitais a seguir relacionados, denominados Hospitais de Tabela Própria, bem como qualquer outro estabelecimento 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 MEDICA INFANTIL LTDA - EPP	UMI URGÊNCIA MÉDICA INFANTIL
		13.644.877/0001-67	CETRO -CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E ORTOPIEDIA 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
		33.917.568/0001-20	CLINICA 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 MEDICA 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 - CLINICA INFANTIL E URGÊNCIAS S/S	CLINICA 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 MEDICO 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	CLINICA DE UROLOGIA MODESTO JACOBINO
		05.469.172/0001-22	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR	HBA S A ASSISTENCIA MEDICA 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
03.365.389/0001-67	CARPEVIE CENTRO DE MEDICINA INTEGRADA LTDA			MATERNIDADE BRASILIA
72.576.143/0001-57	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA			HOSPITAL SAO FRANCISCO
36.767.721/0001-79	CENTRO DE CONVIVENCIA E ATENCAO PSICOSSOCIAL LTDA			CLINICA MANSO VIDA
04.862.313/0001-00	CENTRO CLINICO AMMA LTDA – EPP			CENTRO CLINICO AMMA LTDA
37.114.071/0001-25	INBOL INSTITUTO BRASILIENSE 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	CLINICA DO RENASCER LTDA			CLINICA DO RENASCER LTDA
01.869.367/0001-09	INSTITUTO MEDICO 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		

BRASÍLIA	DF	00.610.980/0001-44	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA
		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 CLINICA 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 MEDICO	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 CLINICAS DE NITEROI LTDA	HOSPITAL DE CLINICAS DE NITEROI LTDA
		31.671.480/0003-08	HOSPITAL ICARAI CLINICA 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 MEDICO-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 CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR
		33.171.638/0001-44	CLINICA MEDICO 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	CLINICA PEDIATRICA BARRA LTDA	CLINICA PEDIATRICA DA BARRA
		04.023.995/0002-48	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES LTDA	PRESLAF - HOSPITAL SAO LUCAS
		33.765.553/0001-94	CLINICA SOROCABA S/A	CLINICA SOROCABA
		33.501.214/0001-09	CLINICA DA GAVEA S/A	CLINICA 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 CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA
06.047.087/0009-96	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	COPA D OR		

RIO DE JANEIRO	RJ	29.435.005/0051-98	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A	HOSPITAL PRO CARDIACO
		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		

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

Parágrafo segundo - A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed poderá ser obtida junto ao portal da Unimed Curitiba - www.unimedcuritiba.com.br.

CLÁUSULA V

DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - O contrato começa a vigorar a partir da data indicada no Item n.º XV VIGÊNCIA DO CONTRATO da Proposta de Admissão, por um período mínimo de 12 (doze) meses, prorrogando-se automaticamente por prazo indeterminado após a sua primeira vigência, desde que não haja manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias anteriores ao seu vencimento. Na renovação não haverá qualquer cobrança adicional a título de taxas ou outro emolumento.

CLÁUSULA VI

PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 - O período de carência para cada procedimento, será aplicado como segue, contado a partir da data de inclusão do beneficiário:

- 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 e terapia, descritos a seguir: EXAMES SIMPLES, tais como: 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, fisioterapia, consultas e sessões de fonoaudiologia, psicoterapia, nutrição e terapia ocupacional;
- d) 180 (cento e oitenta) dias: 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, ultra-sonografias, 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 videolaringostroboscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, hemoterapia, medicina nuclear e acupuntura; 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;

e) 300 (trezentos) dias para partos, incluindo cesarianas.

Parágrafo único: Estarão isentos do cumprimento dos prazos de carência, exclusivamente:

- a) os beneficiários incluídos em até 60 (sessenta) dias do início de vigência do contrato;
- b) a cada aniversário do contrato, será permitida a adesão de novos beneficiários, sem o cumprimento dos prazos de carências, desde que respectivamente, a vinculação do beneficiário com a Contratante tenha ocorrido após o prazo definido no item (a) desta cláusula, e a inclusão no plano tenha sido efetivada em até 30 (trinta) dias da data do aniversário do contrato.

CLÁUSULA VII

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - 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.

7.2 - 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.

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

7.4 - 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.

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

7.6 - 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.

7.7 - Em se realizando o exame pré-admissional 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.

7.8 - 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.

7.9 - 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.

7.10 - 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.

7.11 - 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.

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

CLÁUSULA VIII

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 - É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de:

- 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.

8.2 - A CONTRATADA garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato.

8.3 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.4 - 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.

CLÁUSULA IX

DA REMOÇÃO

9.1 - A remoção do paciente será garantida pela OPERADORA 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.

**CLÁUSULA
X****DA REMOÇÃO PARA O SUS**

10.1 - 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.

10.2 - 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.

10.3 - 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.

10.4 - 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.

**CLÁUSULA
XI****DO REEMBOLSO**

11.1 - 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.

11.2 - O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio fornecido pela CONTRATADA;
- 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.

11.3 - O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

MECANISMO DE REGULAÇÃO: CLÁUSULA XII: DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO; CLÁUSULA XIII: DA SISTEMÁTICA DE ATENDIMENTO.

CLÁUSULA XII

DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

12.1 - 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.

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

12.3 - 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 rescisão do presente.

12.4 - 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.

12.5 - 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.

12.6 - 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 2º (segunda) via.

13.1 - A sistemática de utilização dos serviços e liberação prévia é a seguinte:

I. Consultas: não há necessidade de autorização prévia, podendo dirigir-se diretamente ao médico/prestador indicado no guia do beneficiário.

II. Exames de laboratório e “Rx”: não há necessidade de autorização prévia, podendo dirigir-se diretamente ao médico/prestador indicado no guia do beneficiário.

III. Demais exames (exceto os de alta complexidade) e Fisioterapias: a autorização deve ser realizada por meio do Call Center no telefone (41) 3019-2000 ou nas Unidades de Atendimento da Unimed Curitiba.

IV. Exames de alta complexidade, Terapias (exceto Fisioterapias) e internamentos clínicos e cirúrgicos: a autorização deve ser realizada diretamente nas Unidades de Atendimento da Unimed Curitiba.

V. 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).

VI. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não havendo restrição aos não cooperados.

VII. 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.

VIII. 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.

IX. 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.

X. O prazo de internação, liberado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

XI. 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.

XII. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento. Na hipótese do 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.

XIII. 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.

XIV. 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 site www.unimedcuritiba.com.br e na lista telefônica de Curitiba e Região Metropolitana, 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.

XV. 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 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

XVI. 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.

XVII. Excetuam-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 continuidade da assistência, sem ônus adicional para o CONTRATANTE.

XVIII. A inclusão como credenciados de qualquer entidade hospitalar implica compromisso para com os beneficiários quanto à sua manutenção ao longo da vigência do contrato.

XIX. 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.

XX. 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.

CLÁUSULA XIV

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

14.1 - O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.

14.2 - A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

14.3 - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados no Anexo I deste contrato, por associado, de acordo com o plano contratado e faixa etária para efeito de mensalidade, através da emissão de faturas.

14.4 - As faturas serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

14.6 - O não pagamento num prazo superior a 10 (dez) dias da data de vencimento da fatura acarretará na **SUSPENSÃO TOTAL DOS ATENDIMENTOS**, após a devida notificação, até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo de outras penalidades.

14.7 - As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

14.8 - Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite à consequência da mora.

14.9 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da fatura, 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.

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

CLÁUSULA XV

REAJUSTE

15.1 - Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições serão reajustados anualmente de acordo com os seguintes critérios:

a) A CONTRATADA formará um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento, seguindo os seguintes critérios:

a.1) O ponto de equilíbrio deste contrato será de 75% (setenta e cinco por cento) (**PE**);

a.2) Para cálculo do percentual de reajuste do agrupamento será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = ((S/PE) - 1) * 100 + SL$$

Onde:

R = Reajuste a ser aplicado nos contratos do agrupamento;

S = (Sinistralidade dos contratos do agrupamento, no período de 12 (doze) meses consecutivos cujas despesas já tenham sido apuradas, anteriores à data de aplicação do reajuste, resultante da proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do agrupamento);

PE = (Ponto de equilíbrio);

SL = (“Stop Loss”, taxa de 2% (dois por cento) referente aos eventos de alto custo de toda a carteira de planos da Operadora. Para os reajustes subsequentes, esta taxa adicional de 2% (dois por cento) será anualmente majorada com o percentual do último índice de reajuste “**R**” que foi apurado para aplicação no agrupamento).

a.3) Caso o índice de reajuste “**R**” seja inferior ao último índice de reajuste divulgado pela ANS para majoração dos planos Individuais ou Familiares, este será aplicado em detrimento de qualquer outro;

a.4) Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

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

c) O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato e será vigente pelo período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

d) O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos será único, sendo vedado qualquer tipo de variação, quer seja para majorar ou diminuir o índice.

e) Caso a quantidade de beneficiários deste contrato seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, este ficará desagregado automaticamente do agrupamento, sendo as condições de reajuste reguladas conforme item f) abaixo.

f) Os contratos com o número de beneficiários igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários sujeitar-se-ão aos seguintes critérios de reajuste:

f.1) Os valores das mensalidades e inscrições poderão ser reajustados anualmente, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços ao Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

f.2) Além da atualização prevista no item f.1), caso o índice acima seja insuficiente, o cálculo atuarial poderá ser aplicado se houver utilização comprovada acima da média normal, buscando recompor o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, considerando o histórico de utilização dos beneficiários pertencentes ou que pertenceram à CONTRATANTE, durante o período de análise.

f.3) Constatando-se, entretanto, a necessidade de reajuste por ocorrência de fatores inesperados, desde que em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, será efetuado o cálculo atuarial, efetivando-se a atualização com concordância expressa da CONTRATANTE, mediante comunicação à ANS, nos moldes da legislação vigente.

f.4) O reajuste acima dar-se-á considerando o período de apuração de 12 (doze) meses, com antecedência de 1 (um) mês em relação a data-base de aniversário, sendo esta o mês de assinatura do contrato.

g) Os valores das mensalidades para novas adesões, ou de coberturas adicionais, terão o reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato, independente da data de inclusão do novo beneficiário.

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

i) Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

j) Todo e qualquer reajuste de que trata essa cláusula, deverá ser comunicado à ANS, nos termos da legislação vigente.

k) Para fins de aplicação do reajuste anual, na carteira do plano específico para ex-funcionários demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados, quando contratado, este será tratado de forma unificada. Sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos deste grupo, o qual será divulgado no Portal Corporativo da Unimed Curitiba, na internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

CLÁUSULA XVI

FAIXAS ETÁRIAS

16.1 - 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.

16.2 - A variação por faixa etária para os fins deste contrato será:

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.

16.3 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no Anexo I, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com reajuste financeiro anual.

16.4 - 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.

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

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

16.7 - 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.

CLÁUSULA XVII

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

17.1 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições de admissão deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

III. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

IV. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato.

CLÁUSULA XVIII

BENEFÍCIO FAMÍLIA

18.1 - Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, que seja há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as faturas estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os beneficiários dependentes terão direito gratuitamente, exclusivamente aos serviços assistenciais previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 2 (dois) anos, contados da data do óbito.

18.2 - Eventuais abatimentos de períodos de carências acatados neste contrato não interferem sob qualquer hipótese nas carências estabelecidas nesta Cláusula;

18.3 - São considerados dependentes para fins de direito ao benefício:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos naturais ou adotivos até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c) Equiparados à filhos: enteado, menor sob tutela ou guarda judicial;
- d) Filhos inválidos de qualquer idade;
- e) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;

18.4 - Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, considera-se beneficiário dependente aquele aceito como tal no plano.

18.5 - O direito ao Benefício Família também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito no plano de assistência à saúde na forma prevista neste contrato.

18.6 - O beneficiário dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do beneficiário titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

18.7 - Perderá imediatamente o direito ao Benefício Família o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

18.8 - O Benefício Família fica condicionado à apresentação, pelos beneficiários dependentes, da Certidão de Óbito do beneficiário titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência, os quais serão informados pela Unimed Curitiba para liberação do benefício.

18.9 - Os beneficiários dependentes que não apresentarem os documentos solicitados para liberação do benefício ficarão impedidos de gozar do benefício da extensão assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o beneficiário titular.

18.10 - Os Cartões de Identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos por novo cartão contendo validade correspondente ao término do gozo do benefício da extensão assistencial.

18.11 - O direito do Benefício Família, aos dependentes do beneficiário titular falecido será assegurado no módulo do plano cujas carências tenham sido compridas integralmente e na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

18.12 - Caberá à Contratante por, ocasião da inclusão dos beneficiários no Benefício Família, solicitar à Contratada a exclusão do plano Assistencial.

19.1 - O atraso do pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, ininterruptos ou não, nos últimos 12 (doze) meses do contrato, implicará na suspensão ou rescisão, a critério da CONTRATADA, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias, referentes às utilizações ocorridas durante o período de suspensão dos atendimentos.

19.2 - O presente contrato rescindir-se-á, a qualquer tempo, nas hipóteses abaixo:

- I. se qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;
- II. por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a omissão ou distorção de informações por parte do(a) CONTRATANTE;
- III. por inadimplemento contratual por parte da Contratada;

19.3 - Independente do prazo mínimo fixado no Item n.º XV VIGÊNCIA DO CONTRATO da Proposta de Admissão, é facultado à CONTRATANTE, a qualquer tempo, denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

19.4 - É facultado à CONTRATADA denunciar o contrato após a vigência do período de 12 (doze) meses, a qualquer tempo e mediante notificação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem quaisquer ônus.

19.5 - A falta de comunicação, nos termos acima, implica na subsistência das obrigações assumidas.

19.6 - O presente contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

CLÁUSULA
XX

DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e Anexo I assinados pela Contratante, o Manual 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).

20.2 - 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 no valor de R\$ 4,00 (quatro reais), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela CONTRATADA.

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

20.4 - RECLAMAÇÕES: as reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

20.5 - 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 (vinte e quatro) 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. **COPARTICIPAÇÃO:** 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 PREEEXISTENTE: 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.

CLÁUSULA
XXI

ELEIÇÃO DE FORO

21.1 - 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.

TERMO ADITIVO TRANSPORTE AEROMÉDICO

Se firmado este termo aditivo, a contratação estará expressa no Item XII MÓDULOS OPCIONAIS E TERMOS ADITIVOS da Proposta de Admissão.

CLÁUSULA I

OBJETO

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

CLÁUSULA II

CONDIÇÃO DE ADMISSÃO

2.1. Por ocasião da contratação do serviço de transporte aéreo de urgência, a 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.

2.2. A cobertura somente será garantida aos beneficiários regularmente inscritos pela CONTRATANTE, que indicarem a contratação do Transporte Aeromédico através de Planilha de Inclusão ou Portal Web.

CLÁUSULA III

DURAÇÃO DO CONTRATO

3.1. O início de vigência do serviço de transporte aeromédico está condicionado à data de assinatura deste adendo contratual.

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

**CLÁUSULA
IV**

PERÍODO DE CARÊNCIA

4.1. O prazo é de 60 (sessenta) dias de carência, contados a partir do início de vigência do presente instrumento, ou da inscrição de novo beneficiário, na condição de beneficiário.

**CLÁUSULA
V**

FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

5.1. Quando houver inclusão de beneficiários no opcional Transporte Aeromédico, o custo mensal será de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) por beneficiário inscrito.

5.2. A impontualidade no pagamento da mensalidade resultará em cobrança conforme o estabelecido em Cláusula do Contrato Assistencial.

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

5.4. A ausência de pagamento das mensalidades devidas resultará na rescisão do contrato por inadimplência, conforme disposto no item 8.2, adiante mencionada, bem como na inscrição dos dados do CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito.

**CLÁUSULA
VI**

REAJUSTE

6.1. O valor referente ao Transporte Aeromédico poderá ser reajustado anualmente de acordo com o índice de reajuste aplicado pela empresa prestadora do serviço.

6.2. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajuste, nos termos do item anterior, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M

(Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

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

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

CLÁUSULA VII

CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

7.1. 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”.

7.2. A 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.

CLÁUSULA VIII

RESCISÃO/SUSPENSÃO

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

8.2. Será considerado rescindido este contrato consoante com o estabelecido em Cláusula do Contrato Assistencial.

8.3. 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.

CLÁUSULA IX

DAS CONDIÇÕES GERAIS

9.1. 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.

9.2. 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 no Contrato Assistencial).

9.3. 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. O atendimento aos usuários 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.

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 (vinte e quatro) horas por dia, pelo telefone 0800-41-45-54.

CLÁUSULA X

CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. Fica a critério da empresa especializada nos casos em que, após a chegada no local em 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.

10.6. 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.

10.7. 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.

10.8. 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.

10.9. 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.

10.10. 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.

10.11. As aeronaves não disporão de qualquer peça para prótese.

10.12. 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

CLÁUSULA XI

COBERTURA EXCLUÍDA

11.1. 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 infectocontagiosas, 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.

11.2. Estão EXCLUÍDOS ainda da cobertura contratual, referente ao transporte aeromédico, as hipóteses não previstas no item 10.1, da CLÁUSULA DEZ – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

Permanecem inalteradas as demais cláusulas contratuais, desde que não conflitem com o aqui estabelecido.

Contrato Número _____

DECLARAÇÃO- CONTRATO

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos um exemplar impresso e de forma clara e perfeitamente legível do Regulamento Plano Uniplan Coletivo por Adesão sem Coparticipação – Apartamento com Obstetrícia – (4ª Edição), formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

Para clareza, firmamos a presente

_____, _____ de _____ de 20____.

NOME:

CARGO:



Contrato Número _____

DECLARAÇÃO- CONTRATO

Declaramos a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebemos um exemplar impresso e de forma clara e perfeitamente legível do Regulamento Plano Uniplan Coletivo por Adesão sem Coparticipação – Apartamento com Obstetrícia – (4ª Edição), formatado nos moldes da Lei 9.656/98, cujo teor é de nosso inteiro conhecimento e cujas condições aceitamos sem ressalva ou restrição.

Para clareza, firmamos a presente

_____, _____ de _____ de 20____.

NOME:

CARGO:

CURITIBA

Sede administrativa

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

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, 123 - 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 Araucária

Atendimento - de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h.

Rua Miguel Bertolino Pizato, 1901 - Jardim Iguaçú

Unidade Campo Largo

Atendimento - segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Rua Vereador Arlindo Chemin, 50 - Loja 4 - Centro

Unidade Lapa

Atendimento - segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Rua Barão do Rio Branco, 1.678 - Sala 1 - Centro

Unidade São José dos Pinhais

Atendimento - segunda a sexta-feira das 8h às 18h.

Rua Marechal Deodoro, 189 - Centro.

Unidade São Mateus do Sul

Atendimento - segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h às 17h.

Rua Tenente Max Wolff Filho, 680 - Centro.

UNIDADES DE ATENDIMENTO

25.196

ANS - nº 30470-1