

**PRODUTO NACIONAL UNIMED – PESSOA JURÍDICA
PROPOSTA DE ADMISSÃO / CONTRATO Nº 064/06.**

Este produto está de acordo com a Lei nº 9656/98, Medidas Provisórias e respectivas regulamentações.

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATADA

Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos de Curitiba e Região Metropolitana – UNIMED CURITIBA
Avenida Affonso Penna, 297 – Tarumã – Cep 82530-280 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3021-9100 – Fax: (41) 3021-9121
Inscrição Estadual – Isento CNPJ: 75055772/0001-20
curitiba@unimedcuritiba.com.br

REGIME DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

- (X) COLETIVO POR ADESÃO COM CO-PARTICIPAÇÃO DE 25%
(X) COM MÍNIMO DE 50 BENEFICIÁRIOS

DADOS DA CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL: ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA
NOME FANTASIA: ASPGJ
CNPJ: 79.598.579/0001-96 INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
RUA: TIBAGI N.º 776 1º ANDAR CONJ. 02
BAIRRO: CENTRO MUNICÍPIO: CURITIBA UF: PR
CEP: 80.060-110 FONE: (41) 3225-4582 FAX: (41) 3222-1308

QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS QUE ASSINAM PELA CONTRATANTE

NOME: GILMAR MIGUEL NAVARRO
RG: 1.446.805-6
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

EMISSION: SSP
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
CARGO NA EMPRESA: PRESIDENTE

NOME: ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
RG: 4.342.294-4
ESTADO CIVIL: SOLTERIA
PROFISSÃO: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

EMISSION: SSP
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
CARGO NA EMPRESA: 1ª. TESOUREIRA

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS (ATUALIZADOS)

- I. CÓPIA CONTRATO SOCIAL
II. CÓPIA CARTÃO CNPJ
III. CÓPIA CARTÃO INSCRIÇÃO ESTADUAL
IV. CÓPIA RELAÇÃO FGTS
V. CÓPIA ÚLTIMA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

REPRESENTANTE DE VENDAS

NOME DO ESCRITÓRIO: VITALMED SERVIÇOS S/C LTDA
CNPJ: 04.514.843/0001-67

SEGMENTAÇÕES DE PLANOS CONTRATADOS

COD. PLANO	DESCRIÇÃO	N.º REGISTRO NA ANS	OPÇÃO
850	AMBULATORIAL	704.341.994	(X)
851	AMBULATORIAL HOSP. ENF. OBSTETRÍCIA	704.381.993	(X)
852	AMBULATORIAL HOSP. ENFERMARIA	704.379.991	(X)
853	AMBULATORIAL HOSP. APTO. OBSTETRÍCIA	704.385.996	(X)
854	AMBULATORIAL HOSP. APARTAMENTO	704.383.990	(X)

CONTRAPRESTAÇÕES

I - Este contrato vigorará na **modalidade de pré-pagamento**, onde as faturas terão vencimento no mês em curso, 12 (doze) dias após a data de emissão das mesmas.

II - Valor das mensalidades conforme disposição abaixo:

Cód. Plano	FAIXAS ETÁRIAS																	
	00-18	%	19-23	%	24-28	%	29-33	%	34-38	%	39-43	%	44-48	%	49-53	%	54-58	%
850	35,33		51,99	47,15	57,65	10,88	63,96	10,95	68,84	7,63	74,13	7,68	79,08	6,68	135,60	71,47	154,73	14,11
851	75,97		96,24	26,68	106,30	10,45	117,45	10,49	129,51	10,27	142,85	10,30	155,38	8,77	195,97	26,12	229,69	17,21
852	45,09		59,67	32,36	66,85	12,03	74,96	12,12	83,58	11,50	93,22	11,54	107,59	15,41	141,39	31,42	174,38	23,33
853	94,92		127,14	33,94	135,77	6,79	145,01	6,80	154,88	6,81	187,56	21,10	202,47	7,95	278,91	37,75	330,42	18,47
854	62,42		91,43	46,48	99,14	8,43	107,52	8,45	116,62	8,47	145,82	25,04	150,04	2,89	224,34	49,52	261,04	16,36

III - 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.

VIGÊNCIA DO CONTRATO

O contrato começa a vigorar a partir da data de assinatura do contrato, e terá duração mínima de 12 meses prorrogando-se automaticamente por igual período.

CARÊNCIAS

24 horas: Atendimentos de urgência ou emergência;

30 dias: Consultas e exames de patologia clínica;

90 dias: Procedimentos de diagnose e terapia a saber:

EXAMES SIMPLES: eletrocardiograma convencional, eletroencefalograma convencional, endoscopia diagnóstica em regime ambulatorial, exames radiológicos simples, histocitopatologia, exames e testes alergológicos, oftalmológicos e otorrinolaringológicos (exceto videolaringoestroboscopia), inaloterapia, provas de função pulmonar teste ergométrico, procedimentos de reabilitação e fisioterapia;

180 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 videolaringoestroboscopia computadorizada, videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, endoscopia que não seja em regime ambulatorial, eletromiografia, eletroneuromiografia, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, hemoterapia, medicina nuclear;

300 dias: partos a termo;

06 meses: para acomodação individual.(independente da data de opção);

CONTRATANTE, ATENÇÃO.

MUITO IMPORTANTE!

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que preenchemos a Proposta de Admissão com atenção, entendemos as Condições Gerais do Contrato e estamos de acordo com todas as cláusulas contratuais. Estamos cientes das coberturas contratadas e dos serviços não cobertos, expressos no Contrato.

Ratificamos que efetivamos declarações verdadeiras em nome da empresa.

E por estarmos de pleno acordo, assinamos esta Declaração.

ASSINATURA E CARIMBO DA CONTRATANTE



Curitiba, 28 de FEVEREIRO de 2007

INFORMAÇÕES GERAIS

O QUE É O PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA UNIMED CURITIBA

Este Produto está de acordo com a Lei 9656/98, Medidas Provisórias e demais regulamentações.

Tem como objetivo específico, a cobertura de Assistência Médica, Ambulatorial, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento e Hospitalar com CO-PARTICIPAÇÃO de 25% nos procedimentos constantes do respectivo Manual.

Acompanhando as premissas do conceito de qualidade total, este Produto foi elaborado pela UNIMED CURITIBA, sob medida, para as empresas que valorizam a saúde dos funcionários, com vistas à melhoria e ao incremento de seus padrões de produtividade.

O Sistema Nacional UNIMED, pioneiro na incorporação do cooperativismo médico no Brasil, foi fundado e é dirigido por médicos.

Denomina-se Sistema Nacional UNIMED, o conjunto das cooperativas de trabalho médico, constantes do Catálogo Nacional, entregue à CONTRATANTE.

Está assegurado o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelos beneficiários regularmente inscritos, com assistência à saúde, em casos de emergência ou urgência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED CURITIBA.

O reembolso será efetuado de acordo com a Tabela de Referência UNIMED vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação expressa no Contrato.

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – ACOMODAÇÃO PADRÃO ENFERMARIA

**Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares,
de Diagnóstico e Terapia com Co-Participação de 25%.**

REGISTRO PROVISÓRIO NA ANS - 30.470-1

CONTRATO Nº 064/06.

TÍTULO I - DO OBJETO E DA VIGÊNCIA

Cláusula 1ª. O presente contrato atende às exigências da Lei 9656/98 e tem por objeto a cobertura de serviços de Assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, com segmentação ambulatorial e hospitalar com padrão enfermaria, conforme **Rol de Procedimentos estabelecido pela resolução RN nº. 82**, publicada em 29 de setembro de 2004, para os beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento, ficando claro que ocorrendo alterações no referido rol, estas refletirão neste contrato.

§1º. É facultada a contratação de Módulos Opcionais, sendo obrigatória a especificação de ajuste de cada um deles.

§2º. A área de abrangência do presente contrato é **NACIONAL**, compreendendo todas as cooperativas médicas que integram o **SISTEMA NACIONAL UNIMED**.

Cláusula 2ª. A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento.

Cláusula 3ª. É parte integrante deste contrato a **Proposta de Admissão** de mesmo número.

Cláusula 4ª. O contrato começa a vigorar a partir da data de assinatura do contrato, e terá duração mínima de 12 meses prorrogando-se automaticamente por igual período.

TÍTULO II - DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 5ª. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

- I. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e admitida pela Contratada, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes ou ainda, agregados, conforme definido no Título V.
- II. **CONTRATANTE:** é a **pessoa jurídica** (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, dirigentes ou associados.
- III. **CONTRATADA:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde descrita na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

- IV. **PROPOSTA DE ADMISSÃO:** é o documento validado pela Contratada, preenchido pelo Contratante, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

Cláusula 6ª. Também são assim definidos:

- I. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo, com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, 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. **ACIDENTE DO TRABALHO:** é qualquer intercorrência que aconteça com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto. Este conceito abrange a recuperação e a reintegração do beneficiário em suas atividades profissionais.
- III. **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.
- IV. **ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR:** vinculada ao Ministério da Saúde e sob a supervisão do CONSU, a ANS tem natureza autárquica e sua finalidade principalmente é a defesa do interesse público no que se refere à relação prestadores/consumidores, normatizando e fiscalizando o setor de assistência à saúde.
- V. **ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
- VI. **BENEFÍCIO:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas do contrato.
- VII. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridades do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- VIII. **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.
- IX. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
- X. **CERTIFICADO CONTRATUAL:** é o documento que, juntamente com o Cartão Individual de Identificação, comprova a contratação do plano de assistência à saúde.
- XI. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
- XII. **CO-PARTICIPAÇÃO:** é o montante, definido na Proposta de Admissão, em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, o qual o Contratante se obriga a pagar à Contratada.
- XIII. **COBERTURA:** é a cláusula contratada, que o beneficiário tem direito.
- XIV. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA:** é 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.
- XV. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU):** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, aprovar o contrato de

gestão da ANS, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS, fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar e deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

- XVI. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- XVII. **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL:** é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica através da relação de emprego, associativa ou sindical.
- XVIII. **CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO:** é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.
- XIX. **CONVIVENTE:** é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.
- XX. **CUSTO OPERACIONAL:** é a denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência (acrescido de um percentual a título de despesas administrativas).
- XXI. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.
- XXII. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o beneficiário tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.
- XXIII. **DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela que teve origem em ambiente de trabalho.
- XXIV. **ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.
- XXV. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XXVI. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências ou serviços de assistência médica ou hospitalar que tenham por origem, ou causa, dano involuntário à saúde ou à integridade física do beneficiário, em decorrência de acidente ou doença, desde que tenha se verificado durante a vigência do contrato e não figure como exclusão de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva, concedida ao paciente, com o abandono do tratamento por parte do beneficiário, ou com a sua morte.
- XXVII. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário. a) análises clínicas; b) histocitopatologia; c) eletrocardiograma convencional; d) eletroencefalograma convencional; e) endoscopia em regime ambulatorial diagnóstica; f) exames radiológicos **simples sem contraste**; g) exames e testes alergológicos; h) exames e testes oftalmológicos; i) exames e testes otorrinolaringológicos, **exceto** a videolaringoestroboscopia; j) inaloterapia; k) prova de função pulmonar; l) teste ergométrico. São considerados **EXAMES ESPECIAIS** de diagnóstico e terapia: a) angiografia; b) arteriografia; c) eletroencefalograma prolongado, potencial evocado, polissonografia e mapeamento cerebral; d) ultrassonografia; e) tomografia computadorizada; f) ressonância nuclear magnética; g) medicina nuclear; h) desintometria óssea; i) laparoscopia diagnóstica; j) ecocardiograma uni e bidimensional, inclusive com doppler colorido; k) eletrocardiografia dinâmica (holter); l) monitorização ambulatorial de pressão arterial; m) litotripsia; n) radiologia com contraste e intervencionista; o) cineangiocoronariografia e videolaringoestroboscopia computadorizada; p) videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica; q) tratamento esclerosante de varizes; r) endoscopia **que não possam ser realizadas em regime**

ambulatorial; s) eletromiografia; t) eletroneuromiografia; u) quimioterapia e radioterapia; v) exames de medicina nuclear; x) hemoterapia.

- XXVIII. **GUIA DO BENEFICIÁRIO:** é a relação de serviços próprios e contratados pela operadora.
- XXIX. **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA:** é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.
- XXX. **INSCRIÇÃO:** é o ato de incluir um beneficiário no plano.
- XXXI. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é quando o beneficiário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.
- XXXII. **MÉDICO COOPERADO:** é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.
- XXXIII. **MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à Contratada, em face das coberturas previstas no contrato.
- XXXIV. **ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.
- XXXV. **PATOLOGIA:** modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- XXXVI. **PEA – PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL:** benefício especial que garante cobertura assistencial aos dependentes do titular por ocasião do óbito do mesmo pelo período de 05 anos, sem ônus aos mesmos.
- XXXVII. **PLANO:** é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.
- XXXVIII. **PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
- XXXIX. **PRODUTOS:** são modalidades de planos oferecidos pela Contratada.
- XL. **PRODUTO LTTP:** é o que trata das coberturas referentes às Lesões Traumatológicas de Trabalho e de Percurso dos empregados das empresas, relacionados ao conceito de acidente do trabalho.
- XLI. **PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL:** é o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.
- XLII. **PRÓTESE:** é a peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.
- XLIII. **RECURSOS OU SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela Contratada, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas, e sim, por terceiros.
- XLIV. **ROL DE PROCEDIMENTOS:** é a lista de procedimentos estabelecida pela resolução RN nº 82, publicada em 29 de setembro de 2004, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).
- XLV. **SISTEMA NACIONAL UNIMED:** é o conjunto de todas as Unimed's, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

- XLVI. **TABELA DE REFERÊNCIA:** é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
- XLVII. **UNIMED:** é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.
- XLVIII. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Cláusula 7ª. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores, etc.

TÍTULO III - DO REGIME DE CONTRATAÇÃO

Cláusula 8ª. O regime de contratação do plano é Coletiva por Adesão com Co-Participação de 25%, dentro das modalidades deste Título.

CAPÍTULO I - DA CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO COM CO-PARTICIPAÇÃO DE 25%

Cláusula 9ª. Entende-se como plano de assistência à saúde, de contratação coletiva por adesão com co-participação de 25%, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de empregados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, com co-participação nos procedimentos constantes no respectivo manual, que passa a fazer parte integrante do presente contrato.

§1º. O vínculo referido deverá ser de caráter empregatício ou associativo devidamente comprovado.

§2º. O contrato poderá prever a inclusão **tão-somente dos dependentes legais** da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

Cláusula 10ª. A co-participação obedecerá os seguintes critérios:

- a) a co-participação consiste na participação do CONTRATANTE, nas despesas relativas aos procedimentos realizados, conforme o percentual escolhido;
- b) esta participação será limitada em R\$ 50,00 (cinquenta reais), por procedimento realizado e por beneficiário, o que significa dizer que, ainda que o percentual de co-participação calculado sobre o valor do procedimento ultrapasse o limite estabelecido, o excesso não será cobrado do CONTRATANTE;
- c) o valor ora estipulado será reajustado anualmente, respeitando a data de aniversário do contrato, obedecendo o índice aplicado à mensalidade.

Parágrafo único: o valor devido pela CONTRATANTE referente à CO-PARTICIPAÇÃO será cobrado através de faturas mensais.

CAPÍTULO II - CONTRATOS COM 50 BENEFICIÁRIOS OU MAIS

Cláusula 11ª. No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão com co-participação de 25% e com número de beneficiários maior ou igual que 50 (cinquenta), **não haverá cláusula de cobertura parcial temporária**, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas haverá o cumprimento de prazos de carência, conforme estabelecidos na Proposta de Admissão.**

§1º. O número mínimo estabelecido para assinatura e manutenção deste contrato, nesta modalidade de contratação, é de 50 beneficiários.

Av. Affonso Penna, 297 - Tarumã

CEP 82530-280 - Curitiba - PR

Tel.: (41) 3021-9100

Central de Atendimento: (41) 3019-2000

www.unimed.com.br

§2º. No decorrer da vigência do contrato, se a quantidade de beneficiários ficar abaixo do número mínimo indicado no parágrafo anterior, a tabela de mensalidades será revisada e adequada ao novo número de beneficiários.

TÍTULO IV - DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 12ª. Os serviços ora contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, através de seus médicos cooperados e de rede própria básica ou por ela contratada, bem como por todas as cooperativas médicas que integram o **SISTEMA NACIONAL UNIMED**, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento, no local, conforme relação entregue à **CONTRATANTE**.

§1º. 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.

AMAZONAS: Hospital Santa Julia Ltda;

BAHIA: Brasil Memorial S/A, Hospital Aliança S/A, Centro Ítalo de Promoção Sanitária Hospital São Rafael e Fundação José Silveira;

CEARÁ: Santa Casa de Misericórdia de Sobral;

RIO DE JANEIRO: DH-Day Hospital, Hospital Quinta D'or, Hospital Barra D'or, Hospital Copa D'or, Hospital Integrado da Gávea – São Vicente, Hospital Rio Mar Barra, Hospital Samaritano, Casa de S. Laranjeiras, Pró-Cardíaco, Casa de Saúde Santa Lúcia, Sociedade Beneficente Israelita do Rio de Janeiro, Casa de Saúde São José, Clínica Pediátrica da Barra;

RIO GRANDE DO SUL: Hospital Moinhos de Vento, Hospital Mãe de Deus, Associação Educadora São Carlos – AESC, Instituto de Cardiologia;

SÃO PAULO: Hospital Cidade Jardim Ltda, Hospital do Coração, Sociedade Hospital Samaritano, Hospital Nove de Julho S/A, Sociedade Beneficente de Sras. Hospital Sírio Libanês, Hospital Professor Edmundo Vasconcelos, Hospital Santa Isabel, Real e Benem. Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Dante Pazzanese, Hospital Maternidade Santa Joana S/A, Hospital Maternidade Santa Joana S/A (Pró-Matre), Hospital Maternidade São Luiz, Pronto Socorro Infantil Sabará S/A, Sociedade Beneficente São Camilo – Pompéia, Hospital Santa Catarina, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Fundação Antonio Prudente – Hospital A. C. Camargo, Delboni Auriemo (Diagnóstico da América S/A).

§2º. A Unimed Curitiba se reserva o direito de incluir outros hospitais nesta relação, sendo que qualquer alteração efetuada neste sentido será comunicada oportunamente.

CAPÍTULO II - DO INÍCIO DO DIREITO

Cláusula 13ª. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos no plano, **após o cumprimento das carências específicas** para os procedimentos, quando for o caso, de acordo com as coberturas contratadas, a partir da vigência do contrato.

Parágrafo único. Contratada a ampliação da cobertura através dos módulos adicionais, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

CAPÍTULO III - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Cláusula 14ª. Somente terão direito aos serviços ora contratados os beneficiários regularmente inscritos.

Cláusula 15ª. A **CONTRATADA** assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato, **obedecida a cobertura contratada**, conforme especificado abaixo:

- a) consultas: os beneficiários serão atendidos no consultório do médico cooperado escolhido, **dentre as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED.**
- b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas ou hospitais próprios ou contratados;
- c) exames complementares e serviços auxiliares para fins de diagnóstico e terapia: serão prestados através da rede própria ou contratada, mediante solicitação do médico assistente.

Cláusula 16ª. 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 logradouros, das cooperativas participantes do Sistema Nacional UNIMED, fornecido ao beneficiário titular através da **CONTRATANTE**, encontra-se divulgado 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.

Cláusula 17ª. A **CONTRATADA** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CAPÍTULO IV - DO REEMBOLSO

Cláusula 18ª. A **CONTRATADA** assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro do território nacional, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando for impossível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados** pelo Sistema Nacional UNIMED.

Cláusula 19ª. O reembolso de que trata a Cláusula 18ª, será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- 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.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo do **caput**, o valor a ser reembolsado será atualizado, a partir da data de entrada do requerimento, pelo IGP-M/FGV, ou por outro índice que vier a substituí-lo, de modo a repor a perda do poder aquisitivo da moeda.

Cláusula 20ª. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**

Cláusula 21ª. A CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

TÍTULO V - DOS BENEFICIÁRIOS

CAPÍTULO I - DO TITULAR

Cláusula 22ª. São beneficiários titulares os funcionários e associados da CONTRATANTE, inscritos como tal para os fins deste contrato.

CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES

Cláusula 23ª. São beneficiários dependentes diretos, em relação ao beneficiário titular, **exclusivamente**:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos e filhas solteiras até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, 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;

CAPÍTULO III - DA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Cláusula 24ª. A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, também deverá informar se há previsão de os beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste, e de que maneira.

§1º. A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA, por escrito, até o dia 20 (vinte) de cada mês, as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato.

§2º. As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no parágrafo anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA, ficando acertado que planilhas eletrônicas encaminhadas por email, serão consideradas para efeito de movimentação de beneficiários.

Cláusula 25ª. É assegurada a inclusão:

- I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do **beneficiário titular**, isento do cumprimento dos períodos de carência, **contanto que, simultaneamente**:
 - a) **esteja previsto no plano o atendimento obstétrico, cujas carências já tenham sido cumpridas integralmente; e**
 - b) **a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento.**
- II. do filho adotivo, menor de 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;**
- 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 dirigentes, empregados, com os mesmos eventuais prazos de carência, se houverem, estabelecidos na **Proposta de Admissão** para os beneficiários inscritos inicialmente no contrato, **desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.**

Parágrafo único. Ultrapassados os prazos previstos neste artigo, ressalvadas **as condições específicas** das coberturas adicionais posteriormente contratadas, cujo cumprimento de carências se dará integralmente, e ainda, quanto à observância do disposto no Título XII, **os novos beneficiários cumprirão os períodos de carências indicados na Proposta de Admissão.**

Cláusula 26ª. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será excluído do contrato.

Parágrafo único. A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

Cláusula 27ª. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, sócio ou diretor da CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

TÍTULO VI - CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Cláusula 28ª. 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.

Cláusula 29ª. 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, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, 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, desde que esteja dentro do período de vigência da carteira de identificação.

§1º. 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.

§2º. 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.

Cláusula 30ª. Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

TÍTULO VII - DO PLANO

Cláusula 31ª. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as respectivas condições, à cobertura básica prevista neste Título, **exclusivamente** dentro dos recursos próprios ou credenciados.

Parágrafo único: É facultada a opção pelas coberturas de módulos opcionais, sujeitando-se, no entanto, às respectivas condições específicas de cada um deles.

Cláusula 32ª. A cobertura básica está discriminada neste Título nos capítulos I e II, que discriminam o atendimento ambulatorial e internação hospitalar sem obstetrícia.

CAPÍTULO I - DA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Cláusula 33ª. A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no **Rol de Procedimentos** estabelecido pela resolução RN nº 82, observada a seguinte abrangência:

- I. cobertura de consultas médicas nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo as obstétricas para pré-natal;
- II. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;**
- III. cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**
- IV. cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- V. o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- VI. o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
- VII. a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**
- VIII. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - b) quimioterapia ambulatorial;
 - c) radioterapia ambulatorial (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - d) hemoterapia ambulatorial;
 - e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Cláusula 34ª. Estão excluídos desta cobertura quaisquer atendimentos odontológicos, bem como as exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título.

Cláusula 35ª. Também estão excluídas da cobertura deste capítulo:

- I. os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;
- II. serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;
- III. procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- IV. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- V. quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- VI. radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- VII. nutrição enteral ou parenteral;
- VIII. embolizações e radiologia intervencionista.

Parágrafo único. Os procedimentos deste artigo estarão cobertos pela segmentação hospitalar, integrante deste plano, após o cumprimento dos períodos de carência, conforme o caso.

Cláusula 36ª. Dentro da abrangência **desta segmentação**, quando necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, **a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação**, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à CONTRATADA.

CAPÍTULO II - DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

SEÇÃO I - DA COBERTURA

Cláusula 37ª. Durante a internação clínica ou cirúrgica, **exceto as internações obstétricas que devem ser contratadas em módulo opcional**, a CONTRATADA garante aos beneficiários, dentro dos recursos próprios ou contratados, os seguintes serviços hospitalares:

- I. diárias de internação hospitalar, **em quarto coletivo/padrão enfermagem**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico assistente cooperado, ressalvada a situação prevista nas Cláusulas 42ª e 43ª;
- II. exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, exceto os não cobertos por este contrato;
- III. assistência médica através de médicos cooperados;
- IV. medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e demais recursos terapêuticos;
- V. cobertura de qualquer taxa, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- VI. serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- VII. utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- VIII. unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;



- IX. alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- X. acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- XI. despesas com remoção **inter-hospitalar** do beneficiário, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;
- XII. cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
- a) quando referir-se ao processo gestacional, **não coberto por esta segmentação**, em urgências e emergências, **será garantido o atendimento previsto na segmentação ambulatorial** (Capítulo I deste Título);
- b) **quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;**
- c) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.**

Cláusula 38ª. Estão incluídos na cobertura, sem limites, os seguintes **procedimentos** considerados **especiais**, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:

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

Cláusula 39ª. Terão cobertura as cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de internamento hospitalar.

Cláusula 40ª. A Cirurgia Plástica Reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas para o respectivo beneficiário, e que estejam causando problemas funcionais, bem como cirurgias plásticas reparadoras, conforme estabelece o Artigo 10.A da Lei 9656/98.

Cláusula 41ª. Os transplantes de córnea e rim, estarão cobertos, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, **exceto medicamentos de manutenção.**

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

Cláusula 42ª. Estará coberta a internação em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, limitada a 30 dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativos, para tratamento de beneficiários portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise. Além desta cobertura, o beneficiário terá direito a 08 (oito) semanas, contínuas ou não, por ano de contrato não cumulativas, para tratamento em regime de hospital-dia, sendo que para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados no CID 10, a cobertura de hospital-dia será estendida a 180 (cento e oitenta) dias, contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativos.

Cláusula 43ª. Estará coberta a internação em hospital geral, limitada a 15 dias (quinze) dias contínuos ou não, por ano de contrato não cumulativos, para o tratamento de beneficiários portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização.

Cláusula 44ª. Estarão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

SEÇÃO II - DAS EXCLUSÕES

Cláusula 45ª. Além das exclusões genéricas descritas no Capítulo III deste Título, esta segmentação também não inclui:

- a) procedimentos obstétricos;
- b) medicamentos não prescritos por médico assistente;
- c) despesas extras de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) para o paciente menor de 18 anos;
- d) produtos de toalete e higiene pessoal;
- e) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada diretamente à cobertura;
- f) despesas com honorários decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados do SISTEMA NACIONAL UNIMED ou entidades não credenciadas por este;
- g) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

SEÇÃO III - DOS PROCEDIMENTOS

Cláusula 46ª. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado, e guia de internação expedida pela UNIMED prestadora do atendimento em favor do beneficiário.

Cláusula 47ª. Nos casos de urgência, 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.

Cláusula 48ª. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade, o cartão de identificação emitido pela UNIMED, em vigência.

Cláusula 49ª. O prazo de internação, liberado pela UNIMED, constará da guia expedida e corresponderá à média de dias utilizados para casos idênticos.

Cláusula 50ª. 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 cooperado assistente, até no máximo 24 horas do termo final do período anteriormente liberado.

Cláusula 51ª. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.

Cláusula 52ª. 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.

Cláusula 53ª. 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.

CAPÍTULO III - DAS EXCLUSÕES

Cláusula 54ª. Estão excluídas da cobertura deste contrato:

- I. consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- II. tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, bem como medicamentos ainda não registrados junto à Divisão Nacional de Medicamentos (DIMED), além de cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- III. casos de cataclismos, dentre estes desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- IV. fornecimento de vacinas, medicamentos importados, não nacionalizados e fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- V. tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências;
- VI. enfermagem em caráter particular;
- VII. cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato (vigência esta considerada para o beneficiário), e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas;
- VIII. medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em prontos-socorros;
- IX. exames para piscina e ginástica;
- X. aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligados ao ato cirúrgico;
- XI. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- XII. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- XIII. despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
- XIV. transplantes, exceto os de córnea e rim que estarão cobertos, de acordo com as condições expressas neste contrato;

- XV. tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
- XVI. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada;
- XVII. acidentes de trabalho e suas conseqüências, bem como doenças profissionais;
- XVIII. exames admissionais, demissionais e periódicos, uma vez que se trata de um outro Produto, denominado Saúde Ocupacional.

Parágrafo único. A cobertura para o disposto no inciso XVIII deste artigo, poderá ser contratada à parte, conforme Produto de Saúde Ocupacional da CONTRATADA.

TÍTULO VIII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

CAPÍTULO I - CONTRATOS COM MAIS DE 50 BENEFICIÁRIOS

Cláusula 55ª. Nos contratos coletivos por adesão com co-participação de 25% e **com mais de 50 (cinquenta) beneficiários não haverá cláusula de cobertura parcial temporária**, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, **mas haverá o cumprimento de prazos de carência, conforme estabelecidos na Proposta de Admissão**, que é parte integrante deste contrato.

TÍTULO IX - DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA

CAPÍTULO I - DA OBRIGAÇÃO DA CONTRATANTE

Cláusula 56ª. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por beneficiário, os valores relacionados na **Proposta de Admissão** para efeito de inscrição e mensalidade, de acordo com o plano contratado e a faixa etária de cada beneficiário.

Cláusula 57ª. As mensalidades serão pagas em até 12 (doze) dias contados da data de emissão da respectiva fatura, conforme critério estabelecido pela CONTRATADA, dentro do sistema de pré-pagamento.

§1º. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

§2º. O não pagamento num prazo superior a 10 dias da data de vencimento estipulada em fatura, acarretará na suspensão dos atendimentos, após a devida notificação, sem prejuízo de outras penalidades.

Cláusula 58ª. As faturas emitidas pela **CONTRATADA** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE** até o dia 20 (vinte) do mês em curso. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

SEÇÃO I - DA INADIMPLÊNCIA

Cláusula 59ª. Ocorrendo impontualidade no pagamento das faturas, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado.

SEÇÃO II - DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Cláusula 60ª. O atraso no pagamento das faturas por período superior a 10 (dez) dias, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do artigo anterior, e sem prejuízo do direito da CONTRATADA denunciar o contrato, devendo a CONTRATADA notificar à CONTRATANTE previamente.

CAPÍTULO II - DA VARIAÇÃO DOS VALORES**SEÇÃO I - DO REAJUSTE E/OU REVISÃO**

Cláusula 61ª. Os valores previstos na **Proposta de Admissão** foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

Cláusula 62ª. Nos termos da lei, os valores das mensalidades e inscrições poderão ser reajustados anualmente, pela variação do IGP-M (Índices 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.

Cláusula 63ª. Além da atualização prevista na Cláusula 62ª, 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.

Parágrafo único: Constatando-se entretanto, a necessidade de reajuste por ocorrência de fatores inesperados, fora da data de aniversário do contrato, será efetuado o cálculo atuarial e efetivado após concordância da CONTRATANTE.

SEÇÃO II - DAS FAIXAS ETÁRIAS

Cláusula 64ª. 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.

Cláusula 65ª. As faixas etárias para os fins deste contrato são:

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

Cláusula 66ª. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na **Proposta de Admissão**, e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disposto na Seção I deste Capítulo.

Cláusula 67ª. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido como beneficiários da **CONTRATADA** por no mínimo 10 (dez) anos, consecutivos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação de faixa etária.

TÍTULO X - DA RESCISÃO DO CONTRATO

Cláusula 68ª. Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos, 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.

Cláusula 69ª. Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) utilização indevida do cartão individual de identificação UNIMED;
- c) omissão ou distorção de informações acerca das patologias preexistentes, em prejuízo da UNIMED ou do resultado de perícias ou exames, quando solicitadas pela CONTRATADA.
- d) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo único: A critério da CONTRATADA, em substituição à rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo beneficiário titular a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto na **Cláusula 29ª**.

Cláusula 70ª. Independente do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado à CONTRATANTE, à qualquer tempo, denunciar o presente contrato, **mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**.

§1º. É facultado à CONTRATADA denunciar o contrato, mediante comunicação por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência à data de aniversário contratual, sem quaisquer ônus.

§2º. A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

§3º. Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

Cláusula 71ª. A responsabilidade da CONTRATADA sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 60 (sessenta) dias mencionado no artigo anterior, correndo as despesas a partir daí por conta da CONTRATANTE.

Cláusula 72ª. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários, e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

TÍTULO XI - DO BENEFÍCIO ESPECIAL**CAPÍTULO I - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA**

Cláusula 73ª. Ocorrendo o falecimento do beneficiário titular, há mais de 06 (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 aos serviços previstos no plano em que estiverem

inscritos gratuitamente, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, contados da data do óbito.

§1º. Eventuais abatimentos de períodos de carências acatados neste contrato, não interferem sob qualquer hipótese nas carências estabelecidas neste capítulo;

§2º. São considerados dependentes para fins de direito ao benefício:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos naturais ou adotivos até 24 anos incompletos;
- c) Equiparados à filhos: enteado, menor sob tutela ou guarda judicial;
- d) Filhos inválidos de qualquer idade;
- e) Companheira (o) em convívio superior a 05 (cinco) anos;

Cláusula 74ª. Desde que inscrito há mais de **06 (seis) meses**, antes da data do óbito, considera-se beneficiário dependente aquele aceito como tal no plano.

Parágrafo único: O direito ao PEA também é conferido ao nascituro, considerado filho do beneficiário titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito na forma do Capítulo III do Título V deste instrumento.

Cláusula 75ª. 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.

Cláusula 76ª. Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

Cláusula 77ª. O benefício previsto neste Capítulo 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.

§1º. Os beneficiários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos no **caput**, ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o beneficiário titular.

§2º. Os valores pagos nos termos do parágrafo anterior, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

Cláusula 78ª. Os Cartões de Identificação dos beneficiários dependentes, no caso de falecimento do titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

Cláusula 79ª. O direito à Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do beneficiário titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

TÍTULO XII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Cláusula 80ª. Na eventualidade de insatisfação quanto ao plano ou atendimento dos profissionais e empregados da CONTRATADA, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para o logradouro constante da **Proposta de Admissão**, para a devida apuração.

Cláusula 81ª. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever da CONTRATANTE pagar à CONTRATADA o respectivo custo, aferido através da **Tabela de Referência**.

Cláusula 82ª. É facultada a CONTRATADA o direito da substituição de qualquer participante da sua rede assistencial, desde que por outro equivalente e mediante comunicação com trinta dias de antecedência, dirigida à ANS e aos beneficiários, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

Cláusula 83ª. A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

Cláusula 84ª. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

Cláusula 85ª. A CONTRATANTE, por si e pelos beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais, **inclusive quanto aos atendimentos**, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, bem como para relatórios gerenciais, visando trabalhos de prevenção solicitados pela CONTRATANTE, respeitando todas as normas de condutas que regem a ética e confidencialidade médica.

Cláusula 86ª. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, Manual de Orientações Co-Participação e demais anexos firmados pelos contraentes.

Cláusula 87ª. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

Cláusula 88ª. Fica eleito o foro do domicílio da CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula 89ª. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a presente data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

Por estarem assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento as partes abaixo identificadas.

Curitiba, 01 de dezembro de 2006.


ASSOC. BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA - ASPGJ



GILMAR MIGUEL NAVARRO
Presidente



ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
1ª. Tesoureira



DR. SÉRGIO OSSAMU IOSHII
Diretor Presidente

UNIMED CURITIBA



DR. SHEIZI ONO
Diretor Tesoureiro Geral



DR. RENATO LUIZ SBALQUEIRO
Diretor Vice-Tesoureiro Geral

TESTEMUNHA

MÓDULO OPCIONAL - ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

Cláusula 1ª. Este módulo é complementar à cobertura definida no Capítulo II do Título VII, que é acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este módulo, porém, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a tão-somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na segmentação ambulatorial (Capítulo I do Título VII).

Cláusula 2ª. Estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como materiais e medicamentos ministrados durante a internação, e cobertura assistencial ao recém-nascido durante os 30 primeiros dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido no plano de assistência à saúde, observado o disposto no Título V.

Cláusula 3ª. O direito a este módulo, será conferido aos beneficiários após o cumprimento da carência, quando for o caso, contada da data da vigência deste, conforme Proposta de Admissão.

Cláusula 4ª. As exclusões deste módulo são as mesmas da segmentação Hospitalar sem Obstetrícia, exceto no que se refere à cobertura de procedimentos obstétricos, ora contratada.

Cláusula 5ª. Para este módulo, observar-se-ão os mesmos procedimentos dispostos na Seção III do Capítulo II do Título VII.

Curitiba, 01 de dezembro de 2006.


ASSOC. BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA - ASPGJ



GILMAR MIGUEL NAVARRO
Presidente

ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
1ª. Tesoureira

UNIMED CURITIBA



DR. SÉRGIO OSSAMU IOSHII
Diretor Presidente

DR. SHEIZI ONO
Diretor Tesoureiro Geral

TESTEMUNHA



DR. RENATO LUIZ SBALQUEIRO
Diretor Vice-Tesoureiro Geral

MÓDULO OPCIONAL - INTERNAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO

Cláusula 1ª. Desde que contratado, será assegurado aos beneficiários, o direito à internação em quarto privativo com banheiro, e direito a acompanhante, de acordo com a disponibilidade do hospital.

Cláusula 2ª. O direito a este módulo, será conferido aos beneficiários após o cumprimento da carência, quando for o caso, contada da data da vigência deste, conforme Proposta de Admissão.

§1º. Em caso de direito do beneficiário às coberturas do módulo hospitalar e o mesmo ainda encontre-se cumprindo a carência estipulada neste módulo, o mesmo terá direito a liberação do procedimento a ser realizado em enfermaria, desde que já tenha cumprido a carência máxima de 06 meses para eventos clínicos ou cirúrgicos, quando for o caso.

Cláusula 3ª. É responsabilidade da CONTRATANTE, o pagamento de despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato.


Cláusula 4ª. Fica estabelecido que os beneficiários da CONTRATANTE que optarem por este módulo, não poderão renunciar à ampliação ora contratada pelo prazo de 12 (doze) meses contados da data da última utilização do beneficiário neste Módulo.

Cláusula 5ª. Permanecem em plena vigência as Cláusulas do contrato não alteradas por este Módulo.

Curitiba, 01 de dezembro de 2006.

ASSOC. BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA - ASPGJ

GILMAR MIGUEL NAVARRO
Presidente

ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
1ª. Tesoureira**UNIMED CURITIBA**

DR. SÉRGIO OSSAMU IOSHII
Diretor Presidente

DR. SHEIZI ONO
Diretor Tesoureiro Geral**TESTEMUNHA**

DR. RENATO LUIZ SBALQUEIRO
Diretor Vice-Tesoureiro Geral

MÓDULO OPCIONAL - TRANSPORTE AEROMÉDICO

Cláusula 1ª. Se firmado este Módulo, a contratação e os valores estarão expressos na Proposta de Admissão.

Parágrafo único: O direito aos benefícios apresentados neste Módulo será conferido exclusivamente aos beneficiários devidamente cadastrados na Unimed Curitiba, através de correspondência, email e/ou planilha de cadastramento.

Cláusula 2ª. Desde de que contratada, faz parte do objeto do contrato o transporte aéreo, terrestre ou aéreo/terrestre, conforme o caso, de beneficiários da CONTRATANTE, com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários, de acordo com as condições expressas nas Cláusulas seguintes.

Cláusula 3ª. Os serviços ora pactuados serão prestados por empresa contratada pela Unimed Curitiba, doravante denominada INTERVENIENTE.

Cláusula 4ª. A remoção do beneficiário será realizada nos casos de transferência de um estabelecimento médico-hospitalar para outro que atenda o plano, no qual o beneficiário esteja inscrito, dentro do território nacional.

Cláusula 5ª. Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente ao Serviço Médico Central da Interveniente, exclusivamente pelo médico cooperado da CONTRATADA que estiver atendendo ao beneficiário.

Cláusula 6ª. Para que se justifique a requisição desses serviços, é necessário que o beneficiário, tendo cumprido as carências contratuais, apresente pelo menos uma, das seguintes condições clínicas:

- I. traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
- II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
- III. tratamento da face, que necessite cirurgia de reconstituição;
- IV. traumatismo ocular grave que possibilite de 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 mais 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 com 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. discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva estar internado em centro de terapia intensiva;

- XIII. aneurisma dessecante de aorta que necessite centro de terapia intensiva;
- XIV. hipertensão associada a falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite centro de terapia intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
- XV. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XVI. pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XVII. trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XVIII. asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XIX. insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XX. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XXI. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XXII. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XXIII. assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- XXIV. politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local, não haja condições para tal procedimento);
- XXV. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXVI. fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local de origem, não haja condições técnicas;
- XXVII. traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local de origem não haja condições técnicas;
- XXVIII. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXIX. intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXX. afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- XXXI. amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
- XXXII. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
- XXXIII. picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira centro de terapia intensiva.

Cláusula 7ª. Se alguma das patologias acima for decorrente de tentativa de suicídio, o beneficiário não terá a cobertura deste Módulo e caso o atendimento ocorra, os custos decorrentes, serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

Cláusula 8ª. As aeronaves que a **INTERVENIENTE**, colocar à disposição da CONTRATANTE não terão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

Cláusula 9ª. Caberá a INTERVENIENTE definir o tipo de transporte que mandará utilizar em função de suas disponibilidades, do estado do beneficiário, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

Cláusula 10ª. O transporte ora contratado somente se efetivará se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 50 Km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino.

Cláusula 11ª. Nenhuma responsabilidade civil ou criminal caberá à **CONTRATADA** por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por beneficiários quando transportados pela **INTERVENIENTE**, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros.

Cláusula 12ª. Por consequência da contratação deste Módulo, fica alterado o preço pactuado, que é acrescido da quantia descrita na Proposta de Admissão, por beneficiário inscrito.

Parágrafo único. O valor referente a este módulo, é calculado em função das mesmas faixas etárias descritas na **Cláusula 65ª. do Título IX** do contrato, podendo ser reajustado anualmente de acordo com o índice de reajuste aplicado pela empresa prestadora do serviço.

Permanecem em plena vigência os dispositivos do contrato não alterados por este Módulo.

Curitiba, 01 de dezembro de 2006.

ASSOC. BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA - ASPGJ



GILMAR MIGUEL NAVARRO
Presidente

ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
1ª. Tesoureira

UNIMED CURITIBA



DR. SÉRGIO OSSAMU IOSHII
Diretor Presidente

DR. SHEIZI ONO
Diretor Tesoureiro Geral

TESTEMUNHA



DR. RENATO LUIZ SBALQUEIRO
Diretor Vice-Tesoureiro Geral

**TERMO ADITIVO Nº 001/06
CONTRATO Nº 064/06**

Pelo presente Termo Aditivo, as partes contratantes abaixo-assinadas e identificadas resolvem de comum acordo, a partir desta data, estabelecer o que segue:

1. Fica alterada a Cláusula 23ª do TÍTULO V – DOS BENEFICIÁRIOS, CAPÍTULO II - DOS DEPENDENTES, conforme a seguir:

Cláusula 23ª. São beneficiários dependentes diretos, em relação ao beneficiário titular, **exclusivamente**:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos e filhas solteiras até 30 (trinta) anos incompletos;
- c) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, 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, por estarem justas e acertadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e valor, permanecendo inalteradas as demais cláusulas contratuais, desde que não conflitem com o aqui estabelecido.

Curitiba, 01 de dezembro de 2006.

ASSOC. BENEFICENTE DOS SERVIDORES DA PROCURADORIA GERAL DA JUSTIÇA - ASPGJ

GILMAR MIGUEL NAVARRO
Presidente

ZORAIDE PIEMONTE DE OLIVEIRA
1ª. Tesoureira**UNIMED CURITIBA**

DR. SÉRGIO OSSAMU IOSHII
Diretor Presidente

DR. SHEIZI ONO
Diretor Tesoureiro Geral**TESTEMUNHA**

DR. RENATO LUIZ SBALQUEIRO
Diretor Vice-Tesoureiro Geral