

Guia de Leitura Contratual

Página do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	2 e 30
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	30
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	30
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	30
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	5, 6, 7, 8, 9 e 10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	10 e 11
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	12 e 13

CARÊNCIAS

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito à cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, esse período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.

11 e 12

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.

2, 3, 4,
30 e 31

VIGÊNCIA

Define o período em que vigorará o contrato.

21

RESCISÃO/ SUSPENSÃO

A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.

21 e 22

REAJUSTE

O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.

20, 21
30 e 31

CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)

A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa - RN n° 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**CONTRATO DE ADESÃO
PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO**

1. OBJETIVO

Através do presente contrato V.Sa. e dependentes incluídos estão garantindo a participação em um contrato coletivo por adesão que tem como **ESTIPULANTE a EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 41420-4, na modalidade Administradora de Benefícios, e como **SUB-ESTIPULANTE a entidade profissional definida na proposta de adesão e UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 312720. Neste contrato a **ESTIPULANTE, EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, caracteriza-se como entidade que subscreve as condições do plano com a **OPERADORA UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS**, cabendo a esta a assunção dos riscos e fornecimento das facilidades de atendimento previstas, restando a **EXTRAMED** a função de administrador dos serviços de emissão e controle de cobrança, de acordo com o previsto na Resolução Normativa da ANS – RN nº 515/2022;

Através da participação no presente plano, V.Sa. estará usufruindo das vantagens de um CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO, ficando, portanto, sujeito às condições dos CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO, às condições contratuais que regem o presente plano e estão expressas no CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO COM COPARTICIPAÇÃO, em poder do ESTIPULANTE.

1.1. OBJETO

A UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, OPERADORA de Planos Privados de Assistência à Saúde, de acordo com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos do plano escolhido, de prestação continuada de serviços a preço pré-estabelecido, por prazo indeterminado, com cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e serviços auxiliares de diagnose e terapia, de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA (RN) nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela OPERADORA, observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no ANEXO I deste contrato.

1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme o disposto nos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

1.3. Fazem parte do presente contrato a Proposta de Adesão que inclui a Declaração de Saúde dos BENEFICIÁRIOS, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Rede Credenciada da OPERADORA.

1.3.1 – Este plano não possui reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares sendo a utilização dos procedimentos cobertos exclusivamente na rede credenciada da OPERADORA.

1.3.2 - O Rol de Procedimentos Médicos da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser obtido no site da ANS: www.ans.gov.br. Este Rol de Procedimentos é atualizado periodicamente pela ANS, e constitui a referência para a cobertura assistencial dos planos de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

1.3.3 - A nomenclatura médica de doenças a que se referem este contrato e seus anexos e aditivos, segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima versão – CID 10, da Organização Mundial de Saúde.

1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é **COLETIVO POR ADESÃO**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada a **BENEFICIÁRIO** que integre uma população que mantenha vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, de caráter profissional, classista ou setorial, **PORTANTO NÃO SE APLICAM AO PRESENTE CONTRATO AS REGRAS DOS PLANOS INDIVIDUAIS**.

1.5. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

1.5.1. A escolha do plano será feita exclusivamente entre os planos oferecidos na Proposta de Adesão, sendo obrigatório o mesmo plano para o Titular e seus Dependentes.

2. ALTERAÇÃO DO ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

2.1. É de responsabilidade do **BENEFICIÁRIO** titular, comunicar de imediato a **ESTIPULANTE**, qualquer alteração em seu endereço, telefone, e-mail, para que todas as correspondências e documentos físicos e/ou eletrônicos cheguem em tempo hábil em seu poder.

A inobservância desta condição não impedirá o **SUB-ESTIPULANTE**, a **ESTIPULANTE** ou a **OPERADORA** quanto à automática aplicação de todas as condições que regem o presente contrato.

3. INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

3.1. Poderão ser incluídos no plano, proponentes com vínculo associativo com a **SUB-ESTIPULANTE**, bem como seu(s) dependente(s) legal(ais), conforme descrito abaixo, pagando a mensalidade, correspondente a faixa etária de cada Beneficiário incluso, mais as coparticipações.

Parágrafo Primeiro. À **OPERADORA** reserva-se o direito de exigir, sempre que necessário, a comprovação das informações fornecidas pelo Beneficiário Titular, inclusive os comprovantes legais, capazes de atestar a elegibilidade do titular, e a condição de dependência dos beneficiários inclusos.

3.2. São considerados **BENEFICIÁRIOS** dependentes do titular:

- a) o cônjuge, sem eventual concorrência com o(a) companheiro(a);
- b) o(a) filho(a) solteiro, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos;
- c) o(a) enteado (a) solteiro, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos;
- d) o menor sob guarda ou tutela do **BENEFICIÁRIO** titular, do cônjuge ou do(a) companheiro(a) do titular, por força de decisão judicial, podendo ser incluído até 17 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 18 anos;
- e) O (a) companheiro(a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- f) Os filhos incapazes, sem limite de idade, assim declarado judicialmente;
- g) O (a) neto (a) solteiro, podendo ser incluído até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo automaticamente excluído quando completarem 45 anos.

3.2.1. A adesão dos dependentes dependerá da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano de saúde, devendo ser escolhido o mesmo padrão de plano/acomodação para todos (dependentes e titular).

3.3. Todos os **BENEFICIÁRIOS** preencherão a Proposta de Adesão, que inclui a Declaração de Saúde.

4. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os **BENEFICIÁRIOS** devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **OPERADORA** para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

4.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo BENEFICIÁRIO diretamente à ESTIPULANTE, de acordo com os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA, vigente na data do evento, após a realização dos procedimentos ambulatoriais, nas condições abaixo.

4.1.1. FICA ESTABELECIDA A COPARTICIPAÇÃO DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, ABAIXO DESCritos, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO VIGENTE NA DATA DO SERVIÇO REALIZADO, POR PROCEDIMENTO/ENZIMA UTILIZADA, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO BENEFICIÁRIO DIRETAMENTE NO BOLETO A ESTIPULANTE.

Parágrafo primeiro. Haverá coparticipação em consultas com médicos, inclusive de puericultura, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais realizadas em consultório e pronto socorro, fisioterapias, acupunturas, exames, serviços de apoio de diagnóstico e terapia e demais procedimentos ambulatoriais, realizados em consultório médico, clínicas, laboratórios e hospitais, incluindo materiais, medicamentos, honorários e taxas relacionadas à execução dos procedimentos.

Parágrafo segundo. A coparticipação será cobrada por procedimento/exame realizado e não por amostra, o que significa que, em uma única coleta de sangue, por exemplo, retira-se uma amostra para a realização de um ou mais exames e, neste caso, a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos realizados.

Parágrafo terceiro. Nos casos de exames/análises de DNA cobertos pelo rol mínimo obrigatório vigente da ANS, a coparticipação será cobrada por quantidade de enzimas utilizadas para sua realização.

Parágrafo Quarto: Fica estabelecido que o teto máximo da COPARTICIPAÇÃO, previsto na Proposta de Adesão, será reajustado anualmente no mesmo percentual de reajuste das mensalidades.

4.1.2. Na internação psiquiátrica de BENEFICIÁRIOS, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, haverá controle mediante COPARTICIPAÇÃO de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela OPERADORA.

4.2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: A OPERADORA fornecerá, aos BENEFICIÁRIOS inscritos no plano, o cartão individual de identificação digital, com prazo de validade, e cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura o gozo dos direitos e vantagens deste contrato.

Parágrafo primeiro. Para a devida utilização, o cartão deverá ser desbloqueado pelo beneficiário através dos canais oficiais ou pelo aplicativo.

Parágrafo segundo. Em caso de exclusão do BENEFICIÁRIO, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, é obrigação do(a) BENEFICIÁRIO devolver os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.

Parágrafo terceiro. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação em meio físico, o(a) BENEFICIÁRIO deverá comunicar imediata e formalmente à ESTIPULANTE, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização.O valor da segunda via do cartão é de R\$ 9,24 (nove reais e vinte e quatro centavos), o qual será reajustado anualmente pelo IPCA ou outro que vier a substituí-lo e cobrado juntamente com a mensalidade.

4.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA - Os serviços contratados são prestados da seguinte forma:

- a) Consultas: Os **BENEFICIÁRIOS** serão atendidos no consultório dos médicos cooperados, indicados na relação divulgada pela **OPERADORA**, observado o horário normal de atendimento mediante agendamento prévio. As consultas em pronto socorro de prestadores credenciados serão prestadas por médico plantonista;
- b) Atendimentos ambulatoriais, internações clínicas e cirúrgicas: serão realizados por médicos cooperados ou profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados que integram a rede prestadora de serviços, **mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed previamente autorizada pela OPERADORA**;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista e serão realizados nos prestadores de serviços que integram a rede credenciada, **mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed previamente autorizada pela OPERADORA**;

Parágrafo primeiro. A resposta à solicitação de autorização prévia de que trata as alíneas ‘b’ e ‘c’ será fornecida no prazo máximo definido pela regulamentação vigente, contado do recebimento da solicitação médica completa, salvo nas hipóteses de urgência ou emergência.

Parágrafo Segundo. Nos casos de urgência e emergência, o **BENEFICIÁRIO**, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data de internação, para providenciar a autorização da **OPERADORA**, sob pena da **OPERADORA não se responsabilizar por qualquer despesa**.

Parágrafo terceiro. Terão atendimento prioritário na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos aqueles definidos em lei.

Parágrafo Quarto. O plano ora contratado não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação publicada no site www.unimed.coop.br, sendo expressamente excluída a cobertura nos prestadores discriminados no anexo deste contrato, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia eletrônico.

Parágrafo Quinto. Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9646/98, com comunicação prévia nos casos de substituição da rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

4.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO:

A **OPERADORA** poderá divergir da solicitação do médico assistente ou do cirurgião dentista assistente, utilizando-se de Junta Médica, constituída pelo médico solicitante, por um médico da operadora e por um médico desempatador, escolhido pelos outros dois, nos termos da regulamentação vigente, para dirimir o impasse, tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela **OPERADORA**.

5. COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS

Para preservar a integridade do resultado do contrato e validação do grupo segurável previsto em contrato, a **OPERADORA** poderá solicitar a qualquer momento após a implantação do plano, os documentos atualizados que comprovem a relação de vínculo, entre **BENEFICIÁRIO** e **ESTIPULANTE**, entre **BENEFICIÁRIO** e **SUB-ESTIPULANTE**, e a relação de dependência financeira entre **BENEFICIÁRIO** Titular e dependentes.

5.1. Na ocorrência de constatação de perda da dependência financeira entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes ou de qualquer um dos vínculos acima descritos bem como do vínculo associativo do **BENEFICIÁRIO** com a **SUB-ESTIPULANTE**, que não seja informado para o **ESTIPULANTE** para providência de cancelamento serão tomadas as providências a seguir:

5.1.1 O **BENEFICIÁRIO** será o responsável pelo pagamento do valor integral de todos os procedimentos realizados por atendimento em Rede Referenciada e Autorizações Prévias ocorridas durante o período de vigência sem o vínculo/dependência, acrescidas de Despesas Administrativas e Financeiras.

5.1.2 A **OPERADORA** providenciará, imediatamente à constatação de divergências, a exclusão do **BENEFICIÁRIO** no último dia do mês da ocorrência desta constatação.

5.1.3 Será(ão) também excluído(s) do presente contrato o(s) beneficiário(s), quando:

- a) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme clausula 3 - **INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**;
- c) o contrato for rescindido;
- d) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte do beneficiário, observado, no que couber, clausula 3 - **INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**;
- e) Os beneficiários dependentes serão automaticamente cancelados na mesma data do cancelamento e/ou óbito do titular.

6. COMUNICAÇÃO

Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a **ESTIPULANTE** e **OPERADORA**, na sua comunicação com o cliente, poderão se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente estes: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), *e-mails*, telefone ou qualquer outro meio eletrônico ou físico.

7. ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nenhuma responsabilidade caberá à **OPERADORA**, ao **ESTIPULANTE**, ao **SUB-ESTIPULANTE** pelos atendimentos médico-hospitalares previstos neste contrato, concordando expressamente o **BENEFICIÁRIO** que tal responsabilidade será exclusiva do prestador de serviços que ela deu causa.

8. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

8.1. **A OPERADORA assegurará**, aos **BENEFICIÁRIOS** inscritos no presente plano, conforme padrão de plano contratado, a cobertura de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, bem como os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, ESTEJAM DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE, INSTITuíDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, por intermédio da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da OPERADORA, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados no Anexo I deste contrato, bem como, para fins de liberação, as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar previstas na legislação vigente, observadas a segmentação e área de abrangência do plano contratado, assegurada independentemente do local de origem do evento, conforme especificado abaixo:

8.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

8.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, devidamente habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, observado o disposto na cláusula 8.1.24.

8.1.3. Cobertura de consultas ou sessões com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, de acordo com as Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, conforme RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações.

8.1.4. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, desde que solicitado pelo médico assistente, respeitados os números de consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada e/ou dos critérios fixados, de acordo com o estabelecido nos Anexos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações.

8.1.5. Cobertura de psicoterapia, desde que solicitado pelo médico assistente, respeitados os números de sessões por ano contratual, que poderá ser realizado tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o estabelecido nos Anexos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações.

8.1.6. Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física, listados nos Anexos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações, desde que solicitado pelo médico assistente, respeitados os números de sessões por ano contratual, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta.

8.1.7. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, previstos no Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações, respeitadas as LIMITAÇÕES e DIRETRIZES estabelecidas nos anexos da referida resolução:

- a) atividade educativa e consulta de aconselhamento para planejamento familiar, observado o previsto na letra “c” do item 9.1 da clausula 9 EXCLUSÕES DE COBERTURA;
- b) remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- c) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;
- d) quimioterapia oncológica **ambulatorial**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de saúde;
- e) cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, **de acordo com o estabelecido nos Anexos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021 e suas atualizações e esteja tecnicamente adequada**, respeitando preferencialmente as seguintes características:
 - e.1) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e
 - e.2) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

- f) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no **Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**, para o segmento ambulatorial;
- g) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares, que estejam descritos no **Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**;
- h) hemoterapia ambulatorial;
- i) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais descritas no **Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**.

8.1.8. Cobertura de cirurgia refrativa – PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Miopia moderada e grave, entre - 5,0 e – 10,0 graus DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com refração medida através de cilindro negativo; e/ou
- b) Hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

Parágrafo único: somente será garantida a cobertura da cirurgia refrativa em ambos os olhos, nos casos em que apenas um olho possui o grau de miopia ou hipermetropia dentro dos limites estabelecidos acima, **desde que o limite de segurança superior seja respeitado para ambos os olhos.**

8.1.9. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na hipótese de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

Parágrafo Único: Na hipótese de disponibilidade de leito no padrão de acomodação contratado, o BENEFICIÁRIO opte por acomodação hospitalar superior à contratada, ou faça qualquer outra espécie de acordo que transcendia os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanesendo assim qualquer responsabilidade civil e/ou financeira para a OPERADORA, ESTIPULANTE OU SUB-ESTIPULANTE.

8.1.10. 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;**

8.1.11. Cobertura de alimentação conforme dieta geral do hospital e acomodação oferecida pelo hospital, para um acompanhante de crianças e adolescentes menores de 18 anos, idosos a partir dos 60 anos de idade, bem como para pessoas com deficiência, **salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente.**

8.1.12. Cobertura de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos da **RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações, caso haja indicação clínica;**

8.1.13. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, **quando vinculados a procedimento coberto pelo presente contrato.**

8.1.14. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, **em prestador credenciado, desde que o procedimento seja coberto por este contrato, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente,** obedecidos aos seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e **em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;** e
- b) que, **no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem na RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações,** respeitando-se a segmentação contratada;

8.1.15. Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados quando em atendimento coberto;

8.1.16. 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 coberta por este contrato de acordo com o plano contratado.**

8.1.17. Cobertura de remoção do paciente, **comprovadamente necessária**, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no plano contratado, em território nacional.

Parágrafo único. Entende-se por *comprovadamente necessária*, a remoção de paciente internado em unidade hospitalar que não possua recursos para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para o controle da evolução da doença ou elucidação diagnóstica.

8.1.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações:**

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD ambulatorial ou hospitalar;

b) quimioterapia oncológica **ambulatorial ou hospitalar**: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos, citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento), **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Saúde**;

c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar constante no **Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica **descritos no Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**;

g) embolizações: **aquelas listadas no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**;

h) radiologia intervencionista **prevista no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**:

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstos no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**; e

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados **no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**;

8.1.19. 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, **conforme previsto no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**.

8.1.20. Cobertura de cirurgia de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia somente terá cobertura se preenchidas todas as condições e exigências estabelecidas na legislação vigente que regulamentam esta matéria.

8.1.21. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal e convencional, **desde que previstos no rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**.

8.1.22. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médico-hospitalares **da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**, realizadas por profissional **credenciado** habilitado pelo seu Conselho de Classe, em hospitais credenciados, sendo garantida a cobertura de exames complementares previstos neste contrato, solicitados pelo profissional executante, bem como o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

8.1.23. Cobertura, **em prestador credenciado**, da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos **exclusivamente odontológicos** passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, ministrados durante o período de internação hospitalar, bem como a cobertura de exames complementares previstos no rol de procedimentos médico-hospitalares **da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**.

Parágrafo único. Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão cobertos.

8.1.24. Cobertura de exames complementares previstos no rol de procedimentos médico-hospitalares da **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465/21 e suas atualizações**, solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, **desde que restritos à finalidade de natureza odontológica**.

8.1.25. Cobertura de **órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**.

Parágrafo primeiro. Cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no rol da referida RESOLUÇÃO NORMATIVA.

Parágrafo segundo. O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que atendam às características especificadas.

Parágrafo terceiro. A OPERADORA deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a OPERADORA discordar das marcas indicadas.

8.1.26. Cobertura dos transplantes previstos no **Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações**, bem como das despesas com os procedimentos vinculados, aqueles necessários à realização do transplante, incluindo:

- a) despesas assistenciais com doadores vivos;
- b) medicamentos utilizados durante a internação;
- c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção**; e
- d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor;

Parágrafo Único. Os 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, e terão cobertura conforme as disposições do rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações.

8.1.27. Atenção prestada aos portadores de transtornos mentais, conforme Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações, a qual deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

8.1.28. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, de acordo com o médico assistente, de programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, conforme ANEXO II - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR, da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465/2021 e suas atualizações.

8.1.29. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

8.1.30. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

8.1.31. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular e de aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Parágrafo único. Ultrapassado o prazo estabelecido de 30 dias, caso o recém-nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto no item 3 – INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS, cessará a responsabilidade da OPERADORA quanto ao atendimento, ainda que este encontre-se internado, sendo de responsabilidade exclusiva do Beneficiário Titular todas as despesas após o prazo estabelecido.

9. EXCLUSÕES DE COBERTURA

9.1. Com vista ao disposto no arts. 10, 10-A e 12 da Lei 9.656/98 e Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações, respeitadas as coberturas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados ou regularizados no país; é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou pelo conselho federal do profissional de saúde responsável pela realização do procedimento; faz uso off-label de medicamentos, produtos para a saúde ou tecnologia em saúde, ressalvado o disposto no art. 24 da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 da ANS e suas atualizações;
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como órteses e próteses, para fins estéticos, sendo entendido como procedimento estético aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de óócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- d) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- e) Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- f) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- g) Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, que não estejam regularizados, nem registrados e suas indicações não constem na bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

- h) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar:** aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo à unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios), excetuados os medicamentos previstos na alínea “d” do item 8.1.7 da cláusula 8 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS;
- i) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico:** prótese, entendido como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese, qualquer material permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, não sendo ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- j) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**
- k) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**
- l) Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção daqueles constantes no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações;**
- m) Consultas e demais atendimentos domiciliares;**
- n) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/2021 e suas atualizações** e a estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- o) Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/21 e suas atualizações;**
- p) Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando a respectiva técnica não estiver no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA nº 465/21 e suas atualizações;**
- q) Todos os exames, procedimentos e tratamentos oncológicos e imunobiológicos não constantes no Rol da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 465/2021 e suas atualizações, ainda que prescritos pelo médico assistente;**
- r) Procedimentos realizados fora da área de abrangência geográfica estabelecida neste contrato, ou fora da rede própria, credenciada ou contratada;**
- s) Despesas contraídas em caráter particular de procedimentos cobertos neste contrato quando não comunicadas previamente à OPERADORA acerca da inexistência ou indisponibilidade da rede própria, credenciada ou contratada;**
- t) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- u) Serviços telefônicos ou qualquer outra despesa extraordinária, realizados pelo beneficiário internado ou seu acompanhante, como por exemplo, medicamentos não prescritos pelo médico assistente durante os internamentos cobertos;**
- v) Consulta médica em especialidade não reconhecida ou que esteja definida como “área de atuação” pelo Conselho Federal de Medicina;**
- w) Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.**

10. PRAZOS DE CARÊNCIAS

Carência é o período ininterrupto durante o qual o **BENEFICIÁRIO** não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente e não podendo ser somados.

10.1. Estão previstas neste contrato as seguintes CARÊNCIAS CONTRATUAIS:

- a) Urgência e Emergência - 24 horas, observado o disposto na cláusula específica de urgência e emergência, adiante mencionada.
- b) Consultas médicas – 30 (trinta) dias.
- c) Análises clínicas, exames anatomo-patológicos e citológicos (exceto necropsia), raios-x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia – 30 (trinta) dias.
- d) Consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapias - 180 (cento e oitenta) dias;
- e) Demais coberturas contratuais (exceto parto a termo) - 180 (cento e oitenta) dias;
- f) Parto a Temo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37^a semana de gravidez – 300 (trezentos) dias.

10.2. Serão isentos do cumprimento das carências acima discriminadas os beneficiários que se enquadrem em uma das seguintes condições:

- a) Os beneficiários vinculados à **SUB-ESTIPULANTE** desde que a solicitação de inscrição no plano ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da data de celebração do Contrato entre a **OPERADORA** e a **ESTIPULANTE**.
- b) Os beneficiários que vierem a se vincular à **SUB-ESTIPULANTE** após o transcurso do prazo acima, desde que formalizem sua efetiva adesão ao plano em até 30 (trinta) dias a contar da data de aniversário do Contrato da **OPERADORA** com a **ESTIPULANTE**, imediatamente posterior à sua vinculação à **SUB-ESTIPULANTE**.

Parágrafo único. Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano.

10.3. É assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preeexistente, mediante apresentação da Certidão de Nascimento, **desde que:**

- a) a inscrição seja feita em até 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
- b) o beneficiário - pai, mãe ou responsável legal - tenha cumprido as carências contratuais.

Parágrafo Único. Na hipótese de não cumprimento de carência de 180 dias, o recém-nascido, filho natural ou adotivo, absorverá as carências já cumpridas pelo beneficiário (pai, mãe ou responsável legal), sendo necessário o cumprimento do período restante de carências.

10.4. É assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos pelo titular, exceto para doenças preeexistentes, desde que inscrito até 30 dias após a formalização da adoção, mediante apresentação do respectivo termo.

10.5. Excetuando-se os períodos citados nos itens anteriores, 10.2 e 10.3, no curso de vigência deste contrato, caberá a todos os novos BENEFICIÁRIOS inclusos o cumprimento das carências.

11. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

11.1. O beneficiário ou seu representante legal está obrigado, por ocasião da inscrição, a informar, por si e por seus dependentes, ser convededor ou não, da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preeexistente, por meio do preenchimento de formulário específico de Declaração de Saúde fornecido pela OPERADORA.

Parágrafo único. Entende-se por doença e lesão preeexistente como aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação ou adesão ao plano.

11.2. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante Entrevista Qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela OPERADORA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Parágrafo primeiro. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da OPERADORA, poderá fazê-lo, **desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.**

Parágrafo segundo. O objetivo da Entrevista Qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.3. Na Declaração de Saúde, o beneficiário ou seu representante legal deverá relacionar todas as lesões e doenças preexistentes à contratação ou à adesão ao plano, de seu conhecimento, **sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança pela OPERADORA de eventuais prejuízos.**

11.4. A constatação de lesão ou doença preexistente, nos termos da regulamentação específica da matéria, resultará na aplicação da Cobertura Parcial Temporária – CPT, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, período no qual haverá a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Parágrafo primeiro. Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

Parágrafo segundo. No caso de constatação de lesão ou doença preexistente, a assinatura do Termo de Cobertura Parcial Temporária – CPT é requisito indispensável para a adesão ao plano de saúde.

11.5. Após o preenchimento da Declaração de Saúde, fica facultada, a critério da OPERADORA, durante o período de 24 meses a contar da data da vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário, a realização de exame pericial, visando identificar a existência de doenças ou lesões preexistentes.

Parágrafo único. A OPERADORA poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

11.6. A OPERADORA irá comunicar o beneficiário da alegação de omissão de doença ou lesão preexistente eventualmente não declarada na ocasião da adesão ao plano.

Parágrafo primeiro. Se o beneficiário não concordar com a alegação, a OPERADORA irá encaminhar a documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não quanto à omissão de informação.

Parágrafo segundo. Após julgamento, e acolhida a alegação da OPERADORA pela ANS:

- a) o beneficiário ou o responsável legal será obrigado a arcar com o pagamento das despesas assistenciais relacionadas com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação prevista no caput; e**
- b) o beneficiário será excluído do plano por fraude contratual.**

11.7. Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a exclusão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo com decisão favorável à OPERADORA.

11.8. Eventual realização de perícia médica, quando da inscrição do beneficiário no plano contratado, veda a possibilidade de abertura de processo de alegação de omissão de informação no preenchimento da Declaração de Saúde.

12. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

12.1. Emergência são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

12.2. Urgência são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

12.3. É assegurada, nos limites abaixo descritos, a cobertura dos procedimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou da inscrição do beneficiário no plano, ressalvadas as restrições de cobertura relativas ao cumprimento de carências contratuais ou

de Cobertura Parcial Temporária – CPT, conforme descrição abaixo:

Parágrafo primeiro. Se, após 24 (vinte e quatro) horas da inclusão no plano de saúde, o beneficiário estiver cumprindo carências contratuais e/ou Cobertura Parcial Temporária – CPT, o atendimento de emergência ou de urgência decorrente de complicações no processo gestacional será limitado até as primeiras 12 (doze) horas em regime ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Parágrafo segundo. Nas situações previstas no parágrafo anterior, a cobertura para a realização de internamentos ou procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar cessará, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, sendo que a responsabilidade financeira, a partir de então, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à ESTIPULANTE E OPERADORA.

Parágrafo terceiro. Decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato ou adesão ao plano, será garantida a cobertura para atendimentos médicos cobertos decorrentes de acidentes pessoais.

12.4. É garantido o reembolso das despesas dos procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência, realizados por médicos e serviços não contratados ou credenciados**, desde que:

- a) sejam respeitadas a área de abrangência geográfica do contrato, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados;
- b) sejam decorrentes de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente na época do evento, ou que estejam previstas contratualmente;
- c) estejam de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas (DC) e Protocolo de Utilização (PROUT), editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigentes na época do evento, e compatível ao fim a que se destina;
- d) tenham sido prévia e comprovadamente pagas, mediante a apresentação do comprovante de desembolso;
- e) o prestador dos serviços/atendimento utilizado pelo beneficiário esteja devidamente registrado nos órgãos governamentais e de classe para a prestação dos serviços realizados; e
- f) o prestador utilizado pelo beneficiário não seja próprio ou credenciado da operadora ou, se próprio ou credenciado, o serviço prestado não seja credenciado pela OPERADORA.

Parágrafo primeiro. O reembolso de que trata este item, será efetuado de acordo com os valores da **TABELA UNIMED REFERÊNCIA**, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e **TABELA REFERÊNCIA DO SISTEMA UNIMED PARA MATERIAIS E MEDICAMENTOS**, ambas vigentes à data do evento, considerando os preços médios de mercado desta tabela, e deverá ser requerido dentro do prazo máximo de 12 (doze) meses, contados da data do evento, com a apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Carta de solicitação de reembolso constando os dados pessoais do beneficiário que realizou o atendimento, bem como a justificativa para realização do procedimento de urgência e emergência em caráter particular;
- b) Nota fiscal quitada ou, exclusivamente nos casos em que a legislação não exigir a emissão de nota fiscal, recibo original e quitado, devendo conter em qualquer hipótese:
 - b.1) Razão Social e nº de CNPJ do estabelecimento de atendimento, se pessoa jurídica;
 - b.2) Nome completo e nº de CPF do Beneficiário atendido;
 - b.3) Descrição do(s) serviço(s) realizado(s) e quantidade com valor unitário;
 - b.4) Descrição de materiais e medicamentos utilizados no atendimento do Beneficiário com valor unitário; e
 - b.5) Assinatura do profissional que realizou o atendimento do Beneficiário, especialmente no caso de recibo.
- c) Dados bancários do beneficiário ou do terceiro indicado pelo Titular: banco; agência; conta corrente ou poupança; nome completo do correntista; CPF do correntista; data de nascimento. (**No caso de depósito em conta de terceiro, necessária autorização por escrito do titular do plano**).
- d) Cópia da solicitação médica com justificativa/diagnóstico, contendo nome do paciente, assinatura e carimbo do médico;

- e) Relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento, preferencialmente codificado (CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e/ou TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data(s) do atendimento, horário(s) e endereço completo do local de atendimento, tempo de existência da doença, etiologia e laudo de exames, inclusive biopsia e anatomo-patológico, se houver, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- f) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- g) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- h) Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente e respectivos laudos;
- i) Para os casos de solicitação de reembolso dos honorários médicos de parto, deverá ser apresentado o partograma ou relatório médico detalhado; e
- j) Outros documentos solicitados pela Operadora;

Parágrafo Segundo. O reembolso, quando deferido, será realizado pela Operadora em até 30 (trinta) dias, a contar da entrega completa da documentação.

Parágrafo terceiro. Independentemente do procedimento realizado pelo beneficiário, para o efetivo reembolso não serão aceitos como documentos comprobatórios da prestação de serviço: RPA (recibos de pagamentos de autônomos), RPS (recibos provisórios de serviços), recibos temporários (em forma de caução), nota de serviço, nota de débito, duplicatas ou DANFE (documento auxiliar de nota fiscal eletrônica).

Parágrafo quarto. Além dos recibos e notas fiscais, o beneficiário deverá apresentar à OPERADORA comprovante que demonstre o efetivo desembolso, como por exemplo, microfilmagem de cheque ou demonstrativo de pagamento eletrônico, comprovante individual de lançamento em cartão de crédito ou comprovante de PIX, sendo que na hipótese de pagamento em dinheiro, o beneficiário deverá preencher uma declaração de pagamento, conforme modelo disponibilizado pela OPERADORA.

Parágrafo quinto. O beneficiário Titular deverá manter os seus dados cadastrais, bem como de seus dependentes, devidamente corretos, completos e atualizados, antes da solicitação de reembolso, a fim de que a OPERADORA seja capaz de entrar, eventualmente, em contato com ele e/ou com o seu grupo familiar, em caso de dúvidas e/ou solicitações adicionais, se aplicável.

Parágrafo sexto. Se os documentos apresentados não possibilitarem a comprovação de despesas específicas e análise técnica necessária para os procedimentos reembolsáveis realizados, a OPERADORA solicitará ao beneficiário documentos e/ou informações complementares, o que acarretará a recontagem do prazo estabelecido neste contrato para efetivação do reembolso, que, se aprovado, será realizado em até 30 (trinta) dias a partir da entrega completa pelo beneficiário à OPERADORA das informações e dos documentos complementares.

Parágrafo sétimo. A relação de documentos necessários para reembolso também poderá ser consultada no endereço eletrônico da operadora, sendo certo que tal consulta não invalida a necessidade de envio de informações e/ou documentos adicionais, conforme previsto na cláusula/item acima.

Parágrafo oitavo. A OPERADORA somente manterá em sua guarda recibos e notas fiscais originais, referentes às despesas ressarcidas, total ou parcialmente, quando recebidos fisicamente em suas vias originais.

Parágrafo nono. Será de responsabilidade do beneficiário guardar os recibos e notas fiscais originais relacionados ao procedimento, por no mínimo 5 (cinco) anos, quando a solicitação de reembolso for enviada à OPERADORA de forma eletrônica.

Parágrafo décimo. O beneficiário deverá enviar à OPERADORA os documentos originais, em até 05 (cinco) dias úteis, contados da data da solicitação, sob pena de seu processo de reembolso

não ter a análise concluída e, portanto, sua solicitação de reembolso não ser deferida e/ou, em tendo sido efetuado o reembolso, dada a ausência de comprovação da regularidade da documentação apresentada ou posterior identificação de indícios de fraude ou de fraude comprovada, de ser obrigado ao ressarcimento de tais valores à OPERADORA.

Parágrafo décimo primeiro. À OPERADORA é resguardado o direito de realizar auditorias, a qualquer tempo, para confirmar a conformidade dos documentos apresentados pelo beneficiário e do processo de pedido de reembolso das despesas reembolsáveis.

Parágrafo décimo segundo. A auditoria poderá ser realizada por equipe de auditoria interna da OPERADORA ou por meio de terceiro contratado.

Parágrafo décimo terceiro. O beneficiário deverá enviar à OPERADORA, dentro do prazo de solicitação de reembolso, evidências que demonstrem a conformidade dos documentos apresentados por ele e do processo de pedido de reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares.

Parágrafo décimo quarto. Se qualquer documento apresentado para solicitação de reembolso das despesas reembolsáveis for considerado falso e/ou se for constatada fraude no processo de pedido de reembolso em si, a OPERADORA se reserva ao direito de cancelar imediatamente o plano de saúde do respectivo beneficiário titular e de seu grupo familiar, sem direito à devolução dos prêmios pagos, inclusive na hipótese de o(s) documento(s) falso(s) e/ou fraude ter(em) sido apresentado(s)/causado(s) por beneficiário dependente, sem prejuízo, ainda, das responsabilidades civis e penais cabíveis em face do beneficiário titular, qualquer de seus dependentes e/ou terceiros envolvidos na conduta, sem que seja devida pela OPERADORA qualquer indenização a quem quer que seja a qualquer título em razão do cancelamento do plano.

12.4.1. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizadas enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

12.4.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento.

12.4.3. Os valores a serem reembolsados não guardam qualquer relação com os preços negociados e pagos pelo beneficiário titular e/ou por seus dependentes junto a quaisquer profissionais e/ou clínicas, não havendo, portanto, qualquer obrigatoriedade de reembolso integral de tal despesa por parte da OPERADORA.

12.4.4. Independentemente do disposto na cláusula 8.4, para fins de prevenção de fraudes e nos termos da Resolução Normativa nº 529/2022 e suas atualizações, à OPERADORA é resguardado o direito de formular questionamentos e de solicitar documentos complementares em caso de dúvidas, bem como de realizar auditorias quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos acima e/ou a confirmação de qualquer outra informação e/ou elemento apresentado quando da solicitação de reembolso.

12.4.5. A solicitação de reembolso das despesas reembolsáveis por terceiros é terminantemente proibida, devendo ser realizada exclusivamente pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes.

12.4.6. O beneficiário deverá manter sigilo e confidencialidade em relação aos seus dados de acesso (login e senha) ao website da Unimed e ao aplicativo da OPERADORA, sendo vedado o seu compartilhamento ou a sua divulgação com/para terceiros, em qualquer hipótese, sob pena de:

- a) exclusão da sua conta de acesso aos canais digitais da OPERADORA;
- b) não recebimento de eventuais valores de reembolso solicitados por terceiro;
- c) cancelamento imediato e motivado do plano de saúde do respectivo beneficiário titular e de seu grupo familiar, inclusive na hipótese de compartilhamento/divulgação de dados de acesso aos canais digitais da OPERADORA por beneficiário dependente, sem direito à devolução das mensalidades pagas; e
- d) o beneficiário responsável pelo compartilhamento ser obrigado a ressarcir à OPERADORA os danos que sobrevierem dessa divulgação indevida.

12.4.7. Não haverá reembolso, quando:

- a) não for devido pela OPERADORA;

- b) se tratar de procedimento não coberto pelo plano de saúde;
- c) ocorrer a solicitação de reembolso por terceiros;
- d) deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor objeto do pedido de reembolso;
- e) for identificado o envio de mais de um recibo ou nota fiscal relacionado ao mesmo atendimento (fracionamento do valor da consulta/procedimento);
- f) for identificado valores diferentes do que efetivamente foram pagos por consulta/procedimento;
- g) se tratar de consulta/procedimento não ocorrido ou diverso do efetivamente realizado; e
- h) identificada qualquer rasura, adulteração e/ou indício de fraude no documento apresentado e/ou no processo de pedido de reembolso em si, na medida em que tal(is) prática(s) configura(m) conduta(s) tipificada(s) no Código Penal Brasileiro.

12.5. A OPERADORA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário nas seguintes situações:

- a) Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, e se caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, **a OPERADORA garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade hospitalar própria ou contratada, mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus.**
- b) Quando envolver acordo de cobertura parcial temporária, por doenças e lesões preexistentes e nos casos de cumprimento de carência para internação ou cirurgias, caberá à OPERADORA o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS mais próxima, que disponha dos recursos necessários para garantir a continuidade do atendimento; e/ou
- c) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar, que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos, indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a OPERADORA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado, desde que solicitado pelo médico assistente.

Parágrafo Primeiro. A remoção a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância com os recursos necessários a fim de garantir a manutenção da vida, para outro hospital dentro dos limites de cobertura geográfica do plano.

Parágrafo Segundo. **Nos casos de remoção previstos nos itens "a" e "b" do caput, quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário, ou seu representante legal, e o prestador do atendimento devem negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a OPERADORA desse ônus.**

Parágrafo Terceiro. **Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" do caput, a OPERADORA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.**

13. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Nos planos Unimed disponibilizados, o BENEFICIÁRIO não possui o direito a livre escolha de prestadores, sendo a utilização exclusiva de profissionais e estabelecimentos médicos relacionados na rede credenciada da OPERADORA, observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores discriminados no ANEXO I deste contrato.

14. PAGAMENTO DAS MENSALIDADES E INADIMPLÊNCIA

14.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, será constituído pela soma dos valores individuais do titular e de seus dependentes, acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO eventualmente devidos, a qual será calculada sobre os valores praticados na TABELA UNIMED REFERÊNCIA vigente na data do evento.

14.2. Se o **BENEFICIÁRIO** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá imprimi-lo diretamente no site da **ESTIPULANTE** para que não se sujeite às consequências da mora.

14.3. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de **COPARTICIPAÇÃO** (quando devidos), o **BENEFICIÁRIO** poderá solicitar à **ESTIPULANTE** os esclarecimentos necessários.

14.4. Tratando-se de contrato na modalidade de pré-pagamento, ainda que não haja utilização efetiva dos serviços no período de vigência da cobertura em que houve a inadimplência, permanecerá o **BENEFICIÁRIO** responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

14.5. O **BENEFICIÁRIO** pagará o valor mensal mais os encargos previstos na legislação vigente, correspondente à faixa etária atualizada do plano contratado (titular + dependentes), na data do vencimento mensal indicado no documento de cobrança, que corresponde ao dia 1º (primeiro) do mês de vigência em cobrança bancária em favor da **ESTIPULANTE**.

14.6. A mensalidade será paga somente na rede bancária conveniada, ou por débito em conta corrente do **BENEFICIÁRIO** titular mediante autorização expressa do correntista, nos vencimentos assinalados nos documentos de cobrança.

14.7. As mensalidades e acertos de valores decorrentes de inclusões e exclusões de dependentes, serão contabilizados na mensalidade do mês subsequente às movimentações, conforme os valores vigentes na data do faturamento.

14.8. As movimentações de **BENEFICIÁRIOS** ocorridas após o fechamento da fatura serão consideradas como acerto de valores no faturamento da mensalidade subsequente.

14.9. O pagamento da fatura perante a **OPERADORA** é de responsabilidade do **ESTIPULANTE** e/ou Administradora de acordo com as cláusulas contratuais.

14.10. O pagamento da mensalidade pelo **BENEFICIÁRIO** não quita eventuais débitos anteriores.

14.11. Se o **ESTIPULANTE** não identificar o pagamento de qualquer mensalidade vencida, poderá solicitar a comprovação do pagamento devidamente validada por estabelecimento bancário.

14.12. Será expedida a notificação por inadimplência até o quinquagésimo dia do não pagamento para a exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ESTIPULANTE**.

14.12.1. A notificação recebida após o quinquagésimo dia de inadimplência será considerada válida quando for concedido, pela **ESTIPULANTE**, o prazo de 10 (dez) dias, contados da notificação, para que seja efetuado o pagamento do débito.

14.13. Os dias de pagamento em atraso de mensalidades já quitadas não serão contados como período de inadimplência para fins de suspensão ou rescisão do contrato.

14.14. A exclusão do **BENEFICIÁRIO** ou a suspensão ou rescisão unilateral do contrato por iniciativa da **ESTIPULANTE** por motivo de inadimplência irá ocorrer após decorrido o prazo de 10 (dez) dias ininterruptos a partir da data da notificação e se o débito não tiver sido pago nesse prazo.

14.15. Caso a inadimplência ou o valor do débito seja questionado à **ESTIPULANTE** pelo **BENEFICIÁRIO**, será concedido novo prazo de 10 (dez) dias para o pagamento do débito em aberto, se houver.

14.16. A notificação por inadimplência poderá ser realizada pelos seguintes meios: **(i)** correio eletrônico

(e-mail) com certificado digital e com confirmação de leitura; (ii) mensagem de texto para telefones celulares (SMS); (iii) mensagem em aplicativo de dispositivos móveis que permita a troca de mensagens criptografadas; (iv) ligação telefônica gravada, de forma pessoal ou pelo sistema URA (unidade de resposta audível), com confirmação de dados pelo interlocutor; (v) carta, com aviso de recebimento (AR) dos correios, não sendo necessária a assinatura da pessoa natural a ser notificada; ou (vi) preposto da ESTIPULANTE, com comprovante de recebimento assinado pela pessoa natural a ser notificada.

14.16.1. Para a notificação por inadimplência, serão utilizadas as informações fornecidas pela pessoa natural a ser notificada e cadastradas no banco de dados da **ESTIPULANTE**.

14.16.2. A notificação realizada por SMS ou aplicativo de dispositivos móveis prevista será válida quando o destinatário responder a notificação confirmando a sua ciência.

14.17. Após esgotadas as tentativas de notificação por todos os meios previstos, o contrato será suspenso ou rescindido unilateralmente por inadimplência, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

14.18. A notificação por inadimplência também poderá ser feita em área restrita da página institucional da **ESTIPULANTE** na Internet e/ou por meio de aplicativo da **ESTIPULANTE** para dispositivos móveis, acessível por meio de login e senha pessoais.

14.19. A notificação por inadimplência irá conter as seguintes informações: (i) a identificação da **ESTIPULANTE** de plano de assistência à saúde, com nome, endereço e número de registro da **ESTIPULANTE** na ANS; (ii) a identificação do contratante e dos **BENEFICIÁRIOS** vinculados ao contrato, com nome e número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); (iii) a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado, com nome e número de registro do plano na ANS; (iv) o valor exato e atualizado do débito; (v) o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento constatados na data de emissão da notificação; (vi) a forma e o prazo para o pagamento do débito e a regularização da situação do contrato; e (vii) os meios de contato disponibilizados pela **ESTIPULANTE** para o esclarecimento de dúvidas pela pessoa natural a ser notificada.

14.19.1. A notificação também poderá conter informações como as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito e de cobrança da dívida e da possibilidade de imputação de novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

14.20. Os valores não pagos até a data do vencimento serão acrescidos de 2% (dois por cento) de multa e 1% (um por cento) ao mês de juros de mora pelos dias em atraso (0.033% ao dia), além de acréscimos decorrentes da aplicação de índices inflacionários oficiais, nos termos permitidos pela legislação vigente. Vencido o limite de prazo para pagamento consignado no documento de cobrança, a mensalidade, acrescida da multa e do juro aqui estabelecidos, será lançada no documento de cobrança do mês subsequente, acumulando-se, portanto, duas mensalidades que deverão ser quitadas em conjunto e pelo total.

14.21. O contrato poderá ser rescindido pelo **ESTIPULANTE**, sem devolução dos valores pagos, toda vez que o **BENEFICIÁRIO** se tornar inadimplente de duas mensalidades, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses. Nesta hipótese o **BENEFICIÁRIO** ficará obrigado a devolver todas as carteiras do plano (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do **ESTIPULANTE** e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o **ESTIPULANTE** poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao **ESTIPULANTE** as parcelas vencidas até o cancelamento.

14.22. Como consequência da eventual não devolução dos documentos aludidos no subitem 14.21, o **BENEFICIÁRIO** ficará responsável pelo resarcimento ao **ESTIPULANTE** de todas as despesas e custos judiciais necessários à recuperação dos mesmos, além de continuar obrigado pelo pagamento do valor aqui contratado até a data da efetiva entrega dos mencionados documentos.

14.23. Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a mensalidade serão da responsabilidade do **BENEFICIÁRIO**.

14.24. O direito às coberturas deste plano será readquirido a partir da 0 (zero) hora do dia subsequente à regularização do pagamento da mensalidade em atraso.

14.25. A mensalidade deverá ser paga pelo Beneficiário antes da utilização das coberturas contratadas.

15. REAJUSTES DA MENSALIDADE DO PLANO

15.1. A mensalidade será reajustada anualmente no aniversário do Contrato Principal Estipulado pela Extramed, informado na proposta de adesão, independente da data de início individual do BENEFICIÁRIO, sem prejuízo da atualização das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

15.2. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços e o limite máximo de coparticipação, previsto no item 4.1, serão reajustados anualmente, de acordo com a inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA – Planos de Saúde Brasil (IBGE). Este índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, anterior ao mês de aniversário do contrato, considerada esta o mês de assinatura do Contrato entre a **OPERADORA** e a **ESTIPULANTE**.

Parágrafo Único. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 15.2, será estipulado novo índice.

15.3. Além da variação descrita no item 15.2, caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado nos termos descritos a seguir.

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

Parágrafo Segundo. No caso previsto no parágrafo primeiro, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 15.3, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 15.2 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

15.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do CONTRATO PRINCIPAL, especificada na proposta de adesão, entendendo-se esta como data base única.

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

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

15.7. A **OPERADORA** apresentará ao **ESTIPULANTE** e a **SUB-ESTIPULANTE** o cálculo através do qual chegou ao valor da mensalidade para o próximo período de vigência, em decorrência da sinistralidade do Contrato Principal, com 30 dias de antecedência da aplicação da nova mensalidade. Caberá ao **ESTIPULANTE** avaliar a exatidão do cálculo, com base no histórico de sinistralidade do período e apresentar para a **SUB-ESTIPULANTE** para o cliente e de acordo antes da aplicação para os Beneficiários.

15.7.1. O valor da mensalidade recalculada será devida a partir da mensalidade com vencimento no dia 5 (cinco) do mês de aniversário do contrato principal, informado na proposta de adesão.

16. ALTERAÇÃO DA MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

16.1. O valor da mensalidade será corrigido pela mudança de faixa etária, aplicando-se o novo valor indicado na(s) Tabela(s) de Valores, parte integrante da Proposta de Adesão.

16.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da mensalidade vigente na data do aniversário de cada BENEFICIÁRIO, e não se confundem com o reajuste anual.

16.3. As faixas etárias previstas neste contrato são:

- de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

16.4. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadradada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se os percentuais constantes na clausula 7^a do ANEXO I deste contrato, que se acrescentarão sobre o valor da última contraprestação pecuniária.

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

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

17. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E EXTINÇÃO DO CONTRATO

O período de vigência do contrato entre a ESTIPULANTE e o SUB-ESTIPULANTE é de 12 meses, contados, de forma única para todos os beneficiários vinculados ao SUB-ESTIPULANTE, a partir da data de aniversário informada na Proposta de Adesão. Após os primeiros 12 meses o contrato passa a ter vigência por tempo indeterminado podendo ser cancelado com o comunicado pela Operadora com 60 dias antecedência.

17.1. Sempre que este plano for renovado, não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

18. CANCELAMENTO DO PLANO

18.1. Cancelamento pelo Beneficiário

O contrato poderá ser rescindido por vontade do BENEFICIÁRIO bastando que o mesmo solicite a Extramed ou a Operadora, sendo devidas ao ESTIPULANTE as parcelas vencidas até a data da solicitação de cancelamento. O Beneficiário Titular deverá entregar à ESTIPULANTE as carteiras de identificação do Beneficiário Titular e seus Beneficiários Dependentes.

Parágrafo Primeiro: Se houver o processamento de cancelamento com parcelas não quitadas a ESTIPULANTE utilizará de todos os mecanismos legais para a cobrança das referidas mensalidades.

Parágrafo Segundo: Se houver o processamento de cancelamento sem a devolução das carteiras de identificação o Beneficiário será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento de sua vinculação ao Plano, bem como os encargos de cobrança.

18.2. Cancelamento do Plano por iniciativa do ESTIPULANTE.

18.2.1 O contrato poderá ser rescindido pelo ESTIPULANTE, sem devolução dos valores pagos, toda vez que o BENEFICIÁRIO se tornar inadimplente de duas ou mais

mensalidades, dentro de um período de 12 (doze) meses, uma vez esgotado o prazo final para quitação bancária fixado no boleto de cobrança, após 10 (dez) dias do envio da última notificação. Nesta hipótese o BENEFICIÁRIO ficará obrigado a devolver todas as carteiras do plano (titular e dependentes), documentos que desde logo reconhece serem de propriedade do ESTIPULANTE e a si disponibilizados sob o regime de comodato. Em caso de não devolução dos mesmos, o ESTIPULANTE poderá, quando o caso, proceder a busca e apreensão dos mesmos, sendo devidas ao ESTIPULANTE as parcelas vencidas até o cancelamento.

18.2.2 O BENEFICIÁRIO será responsável pelo pagamento de todas as despesas médico-hospitalares efetuadas indevidamente após o cancelamento do contrato por inadimplência, corrigidas pelo IGPM acumulado no período.

18.3. Cancelamento do Plano por iniciativa da OPERADORA.

O contrato poderá ser rescindido pela OPERADORA, sem devolução dos valores pagos ao ESTIPULANTE, nas seguintes situações;

18.3.1 Quando o BENEFICIÁRIO titular perder o vínculo com a SUB-ESTIPULANTE que lhe garante a condição de BENEFICIÁRIO do plano;

a) A permanência dos dependentes dependerá da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano de saúde, devendo ser escolhido o mesmo padrão de acomodação para todos (dependentes e titular).

18.3.2. Quando o BENEFICIÁRIO permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;

18.3.3. Quando os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição conforme item 3.

18.3.4. Quando o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas na proposta de adesão, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do plano ou no valor da mensalidade, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro e normas da ANS.

18.3.5. Quando houver pronunciamento formal da OPERADORA e/ou da ESTIPULANTE com até 60 dias de antecedência no sentido da não continuidade do contrato nas condições vigentes.

18.3.6. A exclusão, suspensão ou rescisão unilateral do contrato pela ESTIPULANTE ou pela OPERADORA, por motivo de fraude estará sujeita aos mesmos meios de notificação aplicados em situações de inadimplência.

18.4. Extinto o contrato, por qualquer que seja o motivo, a OPERADORA deixará de ser responsável pela cobertura dos custos ou REEMBOLSO das despesas havidas após a extinção, inclusive de BENEFICIÁRIOS internados, passando a responsabilidade para o BENEFICIÁRIO, e ficando a ESTIPULANTE, a SUB-ESTIPULANTE e a OPERADORA autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança ao BENEFICIÁRIO, dos custos incorridos.

19. DESCONTO POR GRUPO FAMILIAR

19.1. A OPERADORA concederá descontos progressivos no valor da mensalidade até o percentual máximo de 25% (VINTE E CINCO POR CENTO), de acordo com a quantidade de dependentes inscritos no mesmo plano do titular, de acordo com a quantidade de dependentes inscritos no plano, conforme tabela na proposta de adesão.

Parágrafo primeiro: Os descontos percentuais supracitados não se aplicam aos eventuais valores devidos a título de coparticipação.

Parágrafo segundo: Havendo inclusão ou exclusão de BENEFICIÁRIOS dependentes, os valores das mensalidades *per capita* serão readequados automaticamente no mês seguinte à movimentação, concedendo-se ou retirando-se o desconto, alterando-se, consequentemente, os valores praticados por pessoa.

Parágrafo terceiro: Independentemente da data de inclusão dos BENEFICIÁRIOS, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato informada na proposta de adesão, entendendo-se esta como data-base única.

20. BENEFICIO ADICIONAL CONSULTA ONLINE DE URGÊNCIA

20.1. OBJETO

20.1.1. Pelo presente instrumento, a **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** disponibilizará o acesso dos beneficiários vinculados ao plano privado de assistência à saúde aos serviços de consulta online de urgência, os quais serão prestados por empresa especializada, na modalidade virtual, para oferecer os serviços de Pronto Atendimento Virtual com médicos generalistas.

Parágrafo único. Este serviço não substitui o atendimento presencial, para os casos de urgência/emergência, tampouco deve ser utilizado para acionamento de remoção do beneficiário para uma unidade de saúde.

20.1.2. O objeto deste contrato é a prestação de serviços pela **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** de consulta em telessaúde (Pronto Atendimento Virtual) nos casos aqui previstos, prestados por um médico generalista, que terá a função de orientar ou aconselhar ao solicitante do serviço, através de videoconferência, diante de um diagnóstico clínico que exijam cuidados especiais e que gerem dúvidas quanto à maneira de se proceder.

20.2. DA FORMA DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

20.2.1. O atendimento terá início mediante acesso ao aplicativo da UNIMED, cessando quando o médico generalista finalizar sua consulta.

20.2.2. Todos os contatos e atendimentos serão gravados.

20.2.3. Caso necessário, o médico generalista esclarecerá dúvidas quanto ao preparo prévio e adequado para realização de exames complementares, visando o diagnóstico ou tratamento do paciente.

20.2.4. O beneficiário cadastrado poderá acessar a plataforma em todas as situações de urgências e emergências médicas, ocasião em que o médico orientará o beneficiário sobre os primeiros cuidados a serem adotados, assim como indicará a necessidade de buscar de atendimento presencial em um pronto atendimento.

20.2.5. O médico generalista está eximido de emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas, se a qualidade da informação recebida não for suficiente, segura e pertinente para o cerne da questão.

20.2.6. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** não será responsabilizada por qualquer dano ao paciente, caso este decorre de informações inverídicas prestadas.

20.2.7. As informações relativas aos serviços de consulta online de urgência não serão compartilhadas com terceiros, salvo para fins de atendimento à determinação judicial, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias pela **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** ou mediante consentimento prévio e expresso do beneficiário, sem prejuízo de outras hipóteses admitidas pela legislação vigente, em especial, pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.

20.2.8. Os serviços serão prestados 24 horas por dia, ininterruptamente, inclusive sábados, domingos e feriados.

20.3. DOS BENEFICIÁRIOS

A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** prestará a assistência mencionada, exclusivamente para os beneficiários ativos no plano de saúde e devidamente cadastrado na plataforma do Pronto Atendimento Virtual, e em dia com as obrigações contidas neste contrato.

20.4. DA RESCISÃO

A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** poderá excluir ou suspender o acesso dos beneficiários, nas seguintes hipóteses:

- a) violação aos Termos de Uso e Política de Privacidade da Plataforma;
- b) o beneficiário dificultar de forma proposital a prestação do serviço;
- c) disponibilizar o acesso à plataforma e/ou atendimento virtual a terceiro, não vinculado ao contrato de adesão – Plano de Saúde Coletivo por Adesão;
- d) atos fraudulentos ou de ilicitude não previstos nos itens anteriores;
- e) cancelamento do plano de Saúde.

20.5. DAS CONDIÇÕES GERAIS

20.5.1. Não responde a **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** pela prestação de serviços a beneficiário(s), nas hipóteses de caso fortuito ou força maior, conforme disposto no art. 393 do Código Civil Brasileiro.

20.5.2. Os beneficiários cadastrados não poderão fazer qualquer uso indevido da Plataforma, seja a intervenção com outras ferramentas ou o acesso ao sistema e códigos por algum mecanismo diferente das alternativas apresentadas.

20.5.3 A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** se exime de qualquer responsabilidade quanto à indisponibilidade gerada por problemas de conexão do site, da rede ou dos computadores ligados à rede mundial de computadores (internet).

20.5.4. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** não garante inclusão, permanência e/ou atendimento por profissional específico na plataforma.

20.5.5. A **UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ** para a execução dos serviços ora contratados, utilizará recursos de mão de obra próprios, bem como possui contratos de parceria e prestação de serviços para o devido cumprimento do contrato, sendo de sua exclusiva responsabilidade todas as despesas advindas dos contratos de parceria e/ou de prestação de serviços e com o seu pessoal, inclusive todos os eventuais encargos trabalhistas, previdenciários e/ou securitários.

20.6. DA CONFIDENCIALIDADE

As Partes deverão guardar absoluto sigilo a respeito de todas as informações recebidas da outra Parte, daquelas por si levantadas e de outras que venha a conhecer durante a realização dos serviços que, sob nenhum pretexto, poderão ser utilizadas para outro fim, senão no estrito cumprimento deste Contrato.

20.7. DA PROTEÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS.

O tratamento de dados pessoais e sensíveis dos titulares de dados vinculados ao presente Contrato observará as finalidades de prestação dos serviços de assistência à saúde contratados na forma da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde) e dar-se-á em conformidade com a Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD) e demais disposições estabelecidas no contrato assistencial principal a que este instrumento se vincula.

21. FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de Adesão ao Plano de Saúde.

22. ASSINATURA ELETRÔNICA

22.1. As Partes declararam, nos termos contidos no artigo 10º, parágrafo 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, que a assinatura do presente instrumento e de seus anexos poderá ser efetuada por meio eletrônico, especificamente através de plataforma, ou por outro meio eletrônico definido pelas Partes – (“Assinatura Eletrônica”).

22.2. Na eventualidade do presente contrato vir a ser assinado por meio eletrônico, as Partes declararam que aceitarão como válidos, eficazes e vinculantes, quaisquer documentos assinados através da Assinatura Eletrônica, reconhecendo que estarão obrigados por tais documentos, para todos os fins de Direito.

ANEXO I

Declaro ainda estar ciente que os prestadores abaixo descritos estão expressamente excluídos da rede credenciada do plano contratado, nos casos de atendimento de urgência e emergência para os planos com abrangência ESTADUAL.

CNPJ/CPF	Nome Prestador	Município	UF
13518634000182	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	Alagoinhas	BA
13644877000167	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E O	Alagoinhas	BA
14022735000120	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA.	Alagoinhas	BA
14736706000120	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL LTDA	Camaçari	BA
33917568000120	CLINICA SANTA HELENA LTDA	Camaçari	BA
14373815000120	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA	Candeias	BA
10698566000192	SERVMED - SERVICOS MEDICOS DE IRECE S/C LTDA	Irecê	BA
11503526000100	ASLF SERVICOS MEDICOS LTDA	Irecê	BA
11855370000127	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM DE IRECE LTDA	Irecê	BA
12444794000161	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE IRECE LTDA	Irecê	BA
12608610000151	OTOCLINICA SERVICOS DE SAUDE LTDA	Irecê	BA
13344551000386	CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO LTDA	Irecê	BA
14137673000100	HOSPITAL DE ATENDIMENTOS MEDICOS DE IRECE LTDA ME	Irecê	BA
18800350000106	BRUNA MARTINS DOURADO CALADO	Irecê	BA
23318680000191	P S R DOS SANTOS - SERVICOS MEDICOS E LABORATORIOS	Irecê	BA
28174588000119	INSTITUTO MEDICO MINAURA MACHADO LTDA - ME	Irecê	BA
25051522000143	DOM NUCLEO DE TERAPIAS INTEGRADAS LTDA	Jacobina	BA
15170723000459	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA A MORTALIDADE INFANTIL	Lauro de Freitas	BA
13016092000140	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	Salvador	BA
13592423000190	PROFEMINA CLINICA GINECOLOGICA E OBSTETRICA LTDA - ME	Salvador	BA
15166416000151	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO	Salvador	BA
15168438000150	CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S A	Salvador	BA
15194004000125	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	Salvador	BA
23319868000154	APICE ASSISTENCIA PSIQUIATRICA E CENTRO DE ESTUDOS LTDA EPP	Salvador	BA
32601437000177	LSS LABORATORIO SILVANY STUDART LTDA	Salvador	BA
34237339000128	CACIPP SERVICOS MEDICOS LTDA EPP	Salvador	BA
3923271000107	CTCV - CENTRO DE TRATAMENTO CARDIOVASCULAR LTDA	Brasília	DF
4868115000153	COTTA - CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE TAGUATINGA LTDA	Brasília	DF
8922686000180	NCB - NUCLEO CARDIOLOGICO DE BRASILIA LTDA-ME	Brasília	DF
10274528000102	LA FEMME GINECOLOGIA DE EXCELENIA LTDA	Brasília	DF
19676081000172	BRASILIA ENDOSCOPIA E SERVICOS MEDICOS LTDA	Brasília	DF
60884855002289	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Brasília	DF
72576143000157	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	Brasília	DF
5243820000128	ALMEIDA E MARINHO LTDA	Chapadinha	MA
782825000105	CEMED CENTRO DE MEDICINA E DIAGNOSTICO LTDA	São Luís	MA
819576000185	HRO HOSPITAL DE REFERENCIA OFTALMOLOGICA LTDA EPP	São Luís	MA
3278347000199	CLINIMAGEM - CLINICA MEDICA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA -	São Luís	MA
3709878000199	SAO LUIS SERVICOS MEDICOS DE ANESTESIA S/C LTDA	São Luís	MA
4841578000121	CENTRO DE CARDIOLOGIA INVASIVA DO MARANHAO LTDA	São Luís	MA
4841578000202	CENTRO DE CARDIOLOGIA INVASIVA DO MARANHAO LTDA	São Luís	MA
5633961000157	CLINICA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E M N DO MARANHAO LTDA EP	São Luís	MA
6265912000171	CENTRO MEDICO MARANHENSE SA	São Luís	MA
6301386000158	INSTITUTO DE RADIOLOGIA SAO LUIS LTDA	São Luís	MA
6394902000136	CENTRO DE ONCOLOGIA MEDICO LTDA	São Luís	MA
8366226000112	INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLOGICAS DE MARANHAO LTDA ME	São Luís	MA
11034824000107	CENTRO DE PATOLOGIA DO MARANHAO LIMITADA	São Luís	MA
15296222000170	L C SERVICOS DE ANESTESIOLOGIA LTDA ME	São Luís	MA
15700671000132	YURI VICTOR BARBOSA SILVA	São Luís	MA
23670052000170	DIAGNOSE IMAGENOLOGIA LTDA	São Luís	MA
86716644000104	LABORATORIO GASPAR	São Luís	MA
4311093001440	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MATO GROSSO	Campo Grande	MS
611689000190	INST. DE MEDICINA INTERNA E MATERNO INFANTIL	Tucuruí	PA
2284062000106	HOSPITAL ESPERANCA	Recife	PE
6047087009276	REDE DOR SAO LUIS S A HOSP MEMORIAL SAO JOSE	Recife	PE
10839561000132	HOSPITAIS ASSOC DE PERNAMBUCO LTDA H STA JOANA	Recife	PE
10892164000124	REAL HOSPITAL PORTUGUES	Recife	PE
11452240000143	HOSPITAL JAYME DA FONTE	Recife	PE
61486650054518	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Duque de Caxias	RJ
61486650072508	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Duque de Caxias	RJ
60884855001207	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA	Niterói	RJ
2284062000521	HOSPITAL ESPERANCA S A	Rio de Janeiro	RJ

CNPJ/CPF	Nome Prestador	Município	UF
61486650072508	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Duque de Caxias	RJ
60884855001207	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA	Niterói	RJ
2284062000521	HOSPITAL ESPERANCA S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087000996	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087003316	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
9578217000158	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	Rio de Janeiro	RJ
16733603000132	CENTRO DE EXCELENCIA FISICA UNIMED-RIO E FJG LTDA	Rio de Janeiro	RJ
27901222000131	J BADIM S/A	Rio de Janeiro	RJ
28602407000108	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-CIRURGICA INFANTIL L	Rio de Janeiro	RJ
29435005005279	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ
29435005005783	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ
31635857000101	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
31635857000292	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
33419482000178	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33419482000259	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33501214000109	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ
33722224000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO	Rio de Janeiro	RJ
33964776000180	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ
60884855001630	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Rio de Janeiro	RJ
60922168000348	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	Rio de Janeiro	RJ
61486650004251	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650005576	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650005819	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650007277	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650007358	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650008753	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650009725	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650054518	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Duque de Caxias	RJ
61486650072508	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S A	Duque de Caxias	RJ
60884855001207	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES LTDA	Niterói	RJ
2284062000521	HOSPITAL ESPERANCA S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087000996	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ
6047087001020	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
6047087003316	REDE DOR SAO LUIZ S A	Rio de Janeiro	RJ
9578217000158	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	Rio de Janeiro	RJ
16733603000132	CENTRO DE EXCELENCIA FISICA UNIMED-RIO E FJG LTDA	Rio de Janeiro	RJ
27901222000131	J BADIM S/A	Rio de Janeiro	RJ
28602407000108	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-CIRURGICA INFANTIL L	Rio de Janeiro	RJ
29435005005279	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ
29435005005783	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.A.	Rio de Janeiro	RJ
31635857000101	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
31635857000292	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ
33419482000178	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33419482000259	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ
33501214000109	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ
33722224000166	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO DE JANEIRO	Rio de Janeiro	RJ
33964776000180	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ
60884855001630	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	Rio de Janeiro	RJ
60922168000348	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	Rio de Janeiro	RJ
61486650004251	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650005576	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650005819	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650007277	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650007358	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650008753	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
61486650009725	DIAGNOSTICO DA AMERICA SA	Rio de Janeiro	RJ
88625686002443	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS AESC	Porto Alegre	RS
92685833000151	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS
52956901000155	HOSPITAL NOVO ATIBAIA S/A	Atibaia	SP
11532370000196	DE PAULA & ALVES DE SOUSA SERVICOS MEDICOS LTDA	Barueri	SP
59042622000125	HOSPITALIS NUCLEO HOSPITALAR DE BARUERI LTDA	Barueri	SP
60765823000563	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Barueri	SP
60840055001456	FLEURY S/A	Barueri	SP
60840055019070	FLEURY S.A.	Barueri	SP
60840055040192	FLEURY S/A	Barueri	SP

CNPJ/CPF	Nome Prestador	Município	UF
61486650000183	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Barueri	SP
60765823006502	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Campinas	SP
61486650005223	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Cotia	SP
10676852000157	CLINICA MEDICA TOLEDO DIAS S/S LTDA	Guarulhos	SP
60765823006847	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Guarulhos	SP
60840055032920	FLEURY S.A.	Jundiaí	SP
60840055015678	FLEURY S/A	Osasco	SP
6047087000724	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S A	Santo André	SP
60840055034540	FLEURY S/A	Santo André	SP
60840055034974	FLEURY S.A.	Santo André	SP
61486650001155	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
61486650016853	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Santo André	SP
68253731000182	HOSPITAL ANA COSTA SA SANTOS CO	Santos	SP
6047087000805	REDE DOR SAO LUIZ S A	São Bernardo do Campo	SP
6047087007222	REDE DOR SAO LUIZ S A	São Bernardo do Campo	SP
60840055003076	FLEURY S.A.	São Bernardo do Campo	SP
60840055041245	FLEURY S/A	São Bernardo do Campo	SP
61486650007862	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Bernardo do Campo	SP
6047087002778	REDE DOR SAO LUIZ S A	São Caetano do Sul	SP
60840055034460	FLEURY S.A.	São Caetano do Sul	SP
2162577000125	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000206	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000397	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000630	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000710	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577000982	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001016	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001369	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
2162577001440	T.K.S. SISTEMAS HOSPITALARES E CONSULTORIOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
6047087000139	REDE DOR SAO LUIZ S.A.	São Paulo	SP
6047087000210	REDE DOR SAO LUIZ S.A.	São Paulo	SP
6047087000309	REDE DOR SAO LUIZ S.A.	São Paulo	SP
14017359000186	REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
14017359000267	REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
14017359000348	REDE DOR SAO LUIZ SERVICOS MEDICOS LTDA	São Paulo	SP
19803199000114	HOSPITAL LEFORTE SA	São Paulo	SP
28290788000137	ONCO STAR SP ONCOLOGIA LTDA	São Paulo	SP
28820713000110	HOSPITAL SAGRADA FAMILIA EIRELI	São Paulo	SP
45796554000266	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554000347	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001076	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001157	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001238	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001408	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001580	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001661	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001742	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45796554001823	SALOMAO E ZOPPI SERVICOS MEDICOS E PARTICIPACOES S/A	São Paulo	SP
45983087000100	SERVICO DE HEMOTERAPIA NOVE DE JULHO	São Paulo	SP
51634822000165	CLINICA MEDICA ESTRELA S/S LTDA	São Paulo	SP
53588216000186	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
53588216000267	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
53725560000170	FUNDACAO ADIB JATENE	São Paulo	SP
56811607000106	THOMAS SZEGO CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO SOCIEDADE SIMPLE	São Paulo	SP
56822786000187	CDTE - CENTRO DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA ENDOSCOPICA LTDA	São Paulo	SP
57063257000100	CICAP CENTRO DE IMUNO HISTOQUIMICA	São Paulo	SP
60453024000390	ASSOCIACAO BENEFICIENTE SIRIA	São Paulo	SP
60453024000470	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	São Paulo	SP
60458262000126	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MIGUEL S/A	São Paulo	SP
60678604000113	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60678604000202	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP
60726502000126	HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP
60765823000130	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823001292	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823003074	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823003902	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823004399	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP

CNPJ/CPF	Nome Prestador	Município	UF
60765823004631	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823004712	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60840055000131	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055000212	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055000484	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055000999	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055001022	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055001537	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055001618	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055001707	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055002002	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055002347	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055002428	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055002690	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055002770	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055003238	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055003408	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055010285	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010447	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055010790	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055011095	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014604	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014787	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014868	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055014949	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015082	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055015163	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019401	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055019827	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055020400	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055029628	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055029709	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055029890	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055030391	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055031606	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055032505	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055034621	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055034702	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055034893	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055035350	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055035784	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055035865	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055035946	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055036080	FLEURY S.A.	São Paulo	SP
60840055036756	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055036837	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055036918	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055037485	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055037566	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055040273	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055040516	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055040940	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055042489	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055042640	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055042721	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60840055043450	FLEURY S/A	São Paulo	SP
60884855000316	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES SA	São Paulo	SP
60884855003331	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	São Paulo	SP
60922168000771	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	São Paulo	SP
60961968000106	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP
60975737000232	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737001204	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60975737005110	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	São Paulo	SP
60992427000650	BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO	São Paulo	SP
61213674000240	FUNDACAO JOSE LUIZ EGYDIO SETUBAL	São Paulo	SP
61486650000507	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650000698	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001317	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001406	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP

CNPJ/CPF	Nome Prestador	Município	UF
61486650001589	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650001902	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650002046	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650003441	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650006386	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650007609	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650008168	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650015610	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650016772	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650018716	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650019011	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650021342	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP
61486650048623	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650058424	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650079502	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650082724	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650083968	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650086550	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650086983	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650087955	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650088765	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650088927	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61486650109606	DIAGNOSTICOS DA AMERICA SA	São Paulo	SP
61590410000124	SOC.BENEF.DE SENH.HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP
61590410000396	SOC BENEFICIENTE DE SENHORAS HOSPITAL SIRIO LIBANES	São Paulo	SP
61599908001553	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	São Paulo	SP
61699567000192	SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICIN	São Paulo	SP
62032313000189	SAO PAULO SERVICOS MEDICOS DE ANESTESIA	São Paulo	SP
62106505000192	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA	São Paulo	SP
67133637000127	HOSPITAL DE ERMELINO MATARAZZO DAY	São Paulo	SP
73535635000167	SANA - SERV. ANESTESICOS AVANCADOS S/C LTDA	São Paulo	SP
96522842000182	CENTRO MEDICO SINGAL LTDA	São Paulo	SP
60765823000644	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRASILEIRA HOSP ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823000806	SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823000997	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823001705	SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823001969	S B I B HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823003236	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823003740	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823003821	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823005603	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823005956	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823006766	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823007061	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823007142	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP
60765823002000	SOCIEDADE BENEF ISRAELITA BRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Sorocaba	SP
60765823006685	SOCIEDADE BENEF ISRAELITABRAS HOSPITAL ALBERT EINSTEIN	Suzano	SP
60975737007245	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	Taubaté	SP

A listagem supracitada pode ser alterada a qualquer momento pela OPERADORA, razão pela qual deve ser sempre consultada a relação dos prestadores disponíveis para o plano, divulgada no site www.unimed.coop.br.

Este anexo é parte integrante do Contrato de Adesão Plano de Saúde Coletivo Por Adesão Firmado com o Estipulante Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

ANEXO II
CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ –
Federação Estadual das Cooperativas Médicas
PLANO: ENFERMARIA (ESTADUAL- PARANÁ)

1. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é **COLETIVO POR ADESÃO**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada a **BENEFICIÁRIO** que integre uma população que mantenha vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, de caráter profissional, classista ou setorial, conforme definido pela Resolução Normativa da ANS nº. 557/2022. **PORTANTO NÃO SE APLICAM AO PRESENTE CONTRATO AS REGRAS DOS PLANOS INDIVIDUAIS.**

2. REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 2.1. Nome Comercial: PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO ENFERMARIA COPART**
- 2.2. Número do Registro na ANS: 476.342/16-4**
- 2.3. Acomodação Hospitalar: COLETIVO (ENFERMARIA)**

3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

É Garantido ao Beneficiário a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação **Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia**.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE - ESTADUAL -PARANÁ

5. ÁREA DE ATUAÇÃO COMERCIAL DO PLANO DE SAÚDE – ESTADO DO PARANÁ

6. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui coparticipação de 30% nos procedimentos ambulatoriais, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 4.1.2 do Contrato de Adesão – Plano de Saúde Coletivo por Adesão.

7. ALTERAÇÃO DA MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

7.1. O valor da mensalidade será corrigido pela mudança de faixa etária, aplicando-se o novo valor indicado na(s) Tabela(s) de Valores, parte integrante da Proposta de Adesão.

7.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da mensalidade vigente na data do aniversário de cada BENEFICIÁRIO, e não se confundem com o reajuste anual.

7.3. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 14,80%;**
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 24,70%;**
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 9,30%;**
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 8,30%;**
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 14,90%;**
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 6,20%;**
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 22,90%;**
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 39,70%;**
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 20,50%;**

7.4. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se os percentuais acima.

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

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

8. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO

8.1. A possibilidade de escolha dos **BENEFICIÁRIOS** é restrita a relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br, de acordo com a rede de atendimento expressa no cartão de identificação do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada **BENEFICIÁRIO** deve preencher adequadamente no "site" o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à **OPERADORA**.

Parágrafo Primeiro. Por ser a **OPERADORA** cooperativa integrante de Sistema Estadual Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os listados no Anexo I, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, sem, contudo, pertencerem a rede credenciada do plano ora contratado.

Parágrafo Segundo. Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no "site".

Parágrafo terceiro. Caso o beneficiário tenha dificuldade em localizar prestador apto a realizar qualquer consulta/exame/procedimento coberto por este contrato, deverá comunicar a **CONTRATADA** através dos seus canais de atendimento.

Este anexo é parte integrante do Contrato de Adesão Plano de Saúde Coletivo Por Adesão Firmado com o Estipulante Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

ANEXO II
CARACTERÍSTICAS ESSENCIAS DO PLANO UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ –
Federação Estadual das Cooperativas Médicas
PLANO: APARTAMENTO (ESTADUAL- PARANÁ)

1. TIPO DE CONTRATAÇÃO

O tipo de contratação deste plano é **COLETIVO POR ADESÃO**, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada a **BENEFICIÁRIO** que integre uma população que mantenha vínculo com a **SUB-ESTIPULANTE**, de caráter profissional, classista ou setorial, conforme definido pela Resolução Normativa da ANS nº. 557/2022. **PORTANTO NÃO SE APLICAM AO PRESENTE CONTRATO AS REGRAS DOS PLANOS INDIVIDUAIS.**

2. REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 2.1. Nome Comercial: PLANO ESTADUAL UNIMED ADESÃO APARTAMENTO COPART**
- 2.2. Número do Registro na ANS: 476.343/16-2**
- 2.3. Acomodação Hospitalar: INDIVIDUAL (APARTAMENTO)**

3. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

É Garantido ao Beneficiário a cobertura dos itens constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente a época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS na segmentação **Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia**.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE - ESTADUAL -PARANÁ

5. ÁREA DE ATUAÇÃO COMERCIAL DO PLANO DE SAÚDE – ESTADO DO PARANÁ

6. COPARTICIPAÇÃO

Este plano possui coparticipação de 30% nos procedimentos ambulatoriais, exceto para os casos de internação em psiquiatria, que será de acordo com o disposto na cláusula 4.1.2 do Contrato de Adesão – Plano de Saúde Coletivo por Adesão.

7. ALTERAÇÃO DA MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

7.1. O valor da mensalidade será corrigido pela mudança de faixa etária, aplicando-se o novo valor indicado na(s) Tabela(s) de Valores, parte integrante da Proposta de Adesão.

7.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da mensalidade vigente na data do aniversário de cada BENEFICIÁRIO, e não se confundem com o reajuste anual.

7.3. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 14,60%;**
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 24,40%;**
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 9,20%;**
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 8,20%;**
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 14,80%;**
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 6,20%;**
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 22,60%;**
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 39,30%;**
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 20,30%;**

7.4. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reenquadrada automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, acrescendo-se os percentuais acima.

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

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

8. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO

8.1. A possibilidade de escolha dos **BENEFICIÁRIOS** é restrita a relação de prestadores de serviços disponível no endereço eletrônico www.unimed.coop.br, de acordo com a rede de atendimento expressa no cartão de identificação do beneficiário. Para ter acesso a sua rede, cada **BENEFICIÁRIO** deve preencher adequadamente no "site" o número do seu cartão de identificação Unimed ou solicitá-la diretamente à **OPERADORA**.

Parágrafo Primeiro. Por ser a **OPERADORA** cooperativa integrante de Sistema Estadual Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, como, por exemplo, os listados no Anexo I, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do sistema Unimed, sem, contudo, pertencerem a rede credenciada do plano ora contratado.

Parágrafo Segundo. Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no "site".

Parágrafo terceiro. Caso o beneficiário tenha dificuldade em localizar prestador apto a realizar qualquer consulta/exame/procedimento coberto por este contrato, deverá comunicar a **CONTRATADA** através dos seus canais de atendimento.

Este anexo é parte integrante do Contrato de Adesão Plano de Saúde Coletivo Por Adesão Firmado com o Estipulante Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

CONDIÇÕES PARTICULARES DOS SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA E PRODUTO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA, VINCULADOS AO PRODUTO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO DA OPERADORA UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS (REGISTRO ANS Nº 312720), ESTIPULANTE: EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA (REGISTRO ANS Nº 41420-4) E SUBESTIPULANTE: ENTIDADE PROFISSIONAL SELECIONADA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

SERVIÇO CONTRATADO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA E PRODUTO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA

VALOR SERVIÇOS CONTRATADOS POR BENEFICIÁRIO	
SERVIÇOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA	R\$ 4,50 (por beneficiário)
PRODUTO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA	R\$ 11,17 (por beneficiário - Plano Enfermaria) R\$ 13,40 (por beneficiário - Plano Apartamento)

O SERVIÇO DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA E O PRODUTO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA SERÃO REAJUSTADOS POR FÓRMULA CONTRATUAL EM 01/05/2026, INDEPENDENTE DA DATA DE CONTRATAÇÃO INDIVIDUAL, PELO MESMO ÍNDICE DE REAJUSTE DO PLANO SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE AEROMÉDICO DE URGÊNCIA

1. OBJETIVO

Prestação de serviços de transporte aeromédico a ser executada por empresa especializada contratada para este fim, diretamente aos beneficiários, ao produto Estadual Enfermaria 30% código 476.342/16-4 e produto Estadual Apartamento 30% código 476.343/16-2, nos termos deste contrato.

2. PERÍODO DE CARÊNCIA:

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

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

3. DURAÇÃO DO CONTRATO:

3.1. A validade do presente Anexo esta condicionada a permanência dos beneficiários no **Contrato de Adesão – plano de saúde coletivo por adesão**.

4. CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO:

4.1. Será excluído do contrato o beneficiário, quando:

- a) houver solicitação da **ESTIPULANTE/ SUB-ESTIPULANTE**;
- b) os dependentes perderem a condição que lhes assegurou o direito de inscrição, conforme cláusula **INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS E COMPROVAÇÃO DOS VÍNCULOS ENTRE SUB-ESTIPULANTE, BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES FINANCEIROS** previstas no contrato de plano de saúde firmado entre as partes;
- c) não for apresentada documentação requerida pela UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ;
- d) o contrato de plano de saúde firmado for rescindido, conforme prevê a cláusula **CANCELAMENTO DO PLANO**.

4.2. À UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ 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.

5. RESCISÃO/SUSPENSÃO:

5.1. Será **considerado** rescindido este contrato caso haja rescisão do contrato assistencial (plano de saúde) estipulado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

6. DAS CONDIÇÕES GERAIS:

6.1. A **UNIMED** 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.

6.2. 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 UNIMED 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).

6.3. A empresa especializada contratada prestará aos beneficiários, que estejam devidamente inscritos nas coberturas assistenciais do Plano Privado de Saúde Suplementar (plano de saúde), 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 um 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 **UNIMED**.

6.4. 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.

Parágrafo Único: Os serviços de remoção aeromédica serão requisitados pelo médico-assistente do beneficiário diretamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Unimed, que funcionará de forma ininterrupta, 24 horas por dia, pelo telefone 0800-41-45-54.

6.5. 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.

6.6. O atendimento aos beneficiários da **UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ**, 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.

7. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO:

7.1. 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 re-implante (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.**

7.2. As aeronaves que a UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ colocará à disposição do Beneficiário, por intermédio da empresa especializada, estarão plenamente equipadas para tal serviço com marca-passo externo, desfibrilador e ventilador para eventual utilização durante a remoção.

7.3. 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, pacientes beneficiários submetidos voluntariamente a tais atos.

7.4. 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.

7.5. 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.

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

7.7. 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.

7.8. 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.

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

7.10. 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 FEDERAÇÃO DO PARANÁ.

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

7.12. 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.

8. COBERTURA EXCLUÍDA:

8.1. 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 infecto-contagiosas, os pacientes em coma irreversível e aqueles sem possibilidades terapêuticas (fase terminal), bem como os portadores de patologias incompatíveis com o transporte aéreo e ambulância UTI.

8.2. Estão EXCLUÍDOS ainda da cobertura contratual, referente ao transporte aeromédico, as hipóteses não previstas no item 7.1, da clausula 7. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO.

9. FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir qualquer dúvida advinda do presente contrato de Adesão ao Plano de Saúde.

CONTRATO PRODUTO DE REMISSÃO ASSISTENCIAL – BENEFÍCIO FAMÍLIA

1. Trata-se o referido produto de um Plano de Remissão Assistencial, denominado Benefício Família, onde, os Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular, após o óbito deste, adquirem o direito de permanência nas mesmas condições e limites definidos no contrato do plano assistencial celebrado junto à UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, pelo período máximo de 2 (dois) anos, com a isenção de pagamento das mensalidades.

1.1. Prevalecerão, para fins de utilização do Benefício Família, as carências e restrições de cobertura contidas no contrato originário de assistência médica hospitalar ao qual pertenciam os beneficiários dependentes.

1.2. Os valores estabelecidos para a mensalidade do Benefício Família serão reajustados de acordo com o contrato de plano de saúde originário, ao qual se encontram vinculados o beneficiário titular e dependentes.

2. DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

2.1. São considerados Beneficiários Dependentes do Beneficiário Titular, todas as pessoas que apresentarem as condições abaixo relacionadas, desde que devidamente inscritos com antecedência mínima de 06 (seis) meses à data do óbito do Beneficiário Titular:

- a) Titular poderá ser incluído até 69 anos;
- b) Esposo(a) poderá ser incluído até 69 anos;
- c) Companheiro(a), poderá ser incluído até 69 anos, devidamente comprovado por meio de certidão registrada em cartório ou comprovantes de coabitação, sendo, neste último caso, passível de análise, por meio de no mínimo 02 (dois) documentos;
- d) Filhos, enteados, tutelados ou que estejam sob a guarda judicial, solteiros poderão ser incluídos até 34 anos, 11 meses e 29 dias, sendo excluídos quando completarem 45 anos;
- e) Filhos inválidos sem limite de idade, enquanto perdurar a invalidez ou interdição;
- f) Filho nascido após o óbito do titular, desde que cumpridas as devidas carências pelo Beneficiário Titular falecido.
- g) Netos Solteiros poderão ser incluídos até 34 anos, 11 meses e 29 dias e serão excluídos quando completarem 45 anos.

2.2. Os dependentes deverão ser inscritos no Benefício Família concomitantemente com o Beneficiário Titular, ou ainda, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data do evento, nos casos elencados abaixo:

- a) Filhos, da data de nascimento;
- b) Equiparados aos filhos, da data de emissão da documentação de guarda/tutela/adoção;
- c) Cônjuge/companheiro, da data do casamento ou emissão dos documentos comprobatórios, conforme cláusula 2.1.

Parágrafo único: Caso a inclusão ocorra fora do prazo previsto, haverá cumprimento de carência de 12 (doze) meses, salvo em caso de morte do titular por acidente pessoal.

2.3. Não terão direito ao “Produto” os dependentes do Beneficiário Titular cuja causa da morte decorra de ato ilícito, doloso ou culposo por ele praticado, ou para casos de suicídio, em que o Beneficiário Titular esteja inscrito em prazo inferior a 2 (dois) anos.

Parágrafo único: Na ocorrência do óbito do Beneficiário Titular por ato doloso praticado por quaisquer dos seus Beneficiários Dependentes, estes serão automaticamente excluídos do benefício, a qualquer tempo, após a devida comprovação.

2.4. O dependente que nascer após o óbito do titular terá direito ao Benefício Família, desde que estejam vencidas as carências do titular e a fecundação tenha ocorrido enquanto o beneficiário titular estava vivo.

3. DA VIGÊNCIA E MODALIDADE DO PLANO NO “PRODUTO”

3.1. A vigência do “Produto” aos Beneficiários Dependentes coincidirá com a data do óbito do Beneficiário Titular.

3.2. Na hipótese de ter ocorrido mudança de categoria do plano de saúde por parte do Beneficiário Titular falecido para categoria superior, em período inferior aos 06 (seis) meses anteriores ao óbito, será considerado o plano anterior (inferior) para fins da remissão assistencial (Benefício Família).

3.3. Após aderência ao Benefício Família pelo Beneficiário Titular, não será permitido qualquer alteração na titularidade do “Produto”.

3.4. O Beneficiário Dependente, quando remido, não poderá ter a categoria de seu plano alterado em nenhuma hipótese, tampouco inclusões de beneficiários adicionais.

4. DA SOLICITAÇÃO DO BENEFÍCIO

4.1. Na ocorrência do óbito do Beneficiário Titular, os Beneficiários Dependentes terão um prazo decadencial de no máximo 30 (trinta) dias para encaminhar à UNIMED FEDERAÇÃO DO PARANÁ cópias autenticadas e atualizadas dos seguintes documentos, imprescindíveis para a efetivação do benefício:

- a) Certidão de óbito do Beneficiário Titular;
- b) Certidão de Casamento no caso de cônjuge, Certidão de União Estável ou comprovantes de Coabitacão, no caso de companheiro, sendo, neste último caso, passível de análise pela OPERADORA, por meio de no mínimo 02 (dois) documentos;
- c) Certidão de Nascimento, no caso de filhos;
- d) RG e CPF do titular e de todos os dependentes a serem beneficiados;
- e) Laudo do INSS ou Termo de Interdição, nos casos de filhos inválidos;
- f) Comprovante de Residência com data atual;
- g) Boletim de Ocorrência e Laudo Cadavérico em caso de morte accidental (aquele causada por acidentes pessoais externos, que podem vir a acontecer de forma súbita, violenta, imediata e involuntária, provocando lesões físicas ou morte).

5. DA PERDA DO DIREITO AO USO DO “PRODUTO”

5.1. Não haverá concessão do “produto” para os dependentes:

- a) Se o falecimento do beneficiário titular ocorrer nos primeiros 06 (seis) meses contados da sua inscrição no plano de saúde da ESTIPULANTE;
- b) Que não cumpriram os 12 (doze) meses de carência, prevista no parágrafo único do item 2.2, caso sua inscrição no plano de saúde da ESTIPULANTE tenha ocorrido posteriormente a do titular.
- c) Que não apresentarem os documentos exigidos para fins de concessão deste benefício.

5.2. Perderá imediatamente o direito ao Benefício Família o dependente que, no curso do prazo máximo de 2 (dois) anos, vier a perder sua condição de dependência, conforme item 2.1 ou com o decurso do prazo estipulado no Contrato.

6. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 O direito à utilização do Benefício Família, pelos dependentes descritos no item 2.1 do presente, prevalecerá no município onde estes residam, ou aonde venham a fixar residência, desde que na área de ação de uma cooperativa do sistema Unimed.

6.2. Vencido o período máximo de 02 (dois) anos de fruição do Benefício Família, este será cancelado pela OPERADORA.

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REAJUSTES – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

Declaro para os devidos fins de direito que tenho ciência de que não estou contratando um plano individual, mas sim plano coletivo por adesão, de abrangência geográfica Estadual (Paraná) que possui regras diferentes dos planos individuais.

Declaro ainda que tenho ciência que os planos coletivos por adesão, **diferentemente dos planos individuais**, possuem a revisão dos valores das mensalidades no mês de aniversário do contrato Principal Estipulado pela Extramed para todos os beneficiários, independentemente da data de início do meu plano.

Estou ciente que no primeiro ano de vigência poderei ter reajuste do meu contrato com menos de 12 meses, ou seja, que meu contrato terá revisão de valores, por sinistralidade e inflação médica, na data de aniversário do contrato da Extramed, informada na proposta de adesão.

Tenho ciência que o meu contrato possui, além do reajuste de sinistralidade e inflação médica, a atualização de valores por mudança de faixa etária e que tive conhecimento dos percentuais de reajuste de cada mudança de faixa etária até os 59 anos.

Desta forma, estou ciente que haverá reajuste nos valores a serem pagos a partir da mensalidade referente a competência Maio de 2026.

Declaro que estou ciente que este plano possui cobertura exclusiva para os procedimentos definidos pela Lei 9656 e suas atualizações através do Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação **Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia**.

Este anexo é parte integrante do Contrato de Adesão Plano de Saúde Coletivo Por Adesão Firmado com o Estipulante Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS

1. Objeto:

O presente Termo de Consentimento é firmado nesse ato para formalizar a minha expressa concordância que a EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., CNPJ/MF 01.747.987/0001-75, registro da ANS nº 41420-4, situada à Rua Des. Clotáro Portugal, 243, Curitiba-PR, CEP 80410-220 – (“EXTRAMED”) realize o tratamento dos meus dados pessoais e dos dados pessoais dos meus dependentes, cujos nomes e qualificações constam do quadro da página 3 deste Termo, incluindo dados pessoais sensíveis – (dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural) – (“Dados Pessoais”).

Declaro ter ciência que, ao assinar este Termo de Consentimento, autorizo que os Dados Pessoais sejam tratados para a finalidade específica identificada no item 2 do presente Termo, em operações tais como aquelas referidas no artigo 5º, inciso X, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – Lei nº 13.709/2018, que abrangem, dentre outras, a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

2. Finalidade:

Declaro estar ciente que o tratamento dos Dados Pessoais será realizado para a finalidade específica de contratação da nossa adesão a plano de saúde coletivo por adesão, ou seguro de saúde – (“Finalidade”).

3. Autorização para o Compartilhamento de Dados:

Autorizo a EXTRAMED a compartilhar os Dados Pessoais com outros agentes de tratamento de dados, especialmente com a Operadora do Plano de Saúde, ou Seguradora, bem como com a MEDSYN SERVIÇOS MÉDICOS E DE TELEMEDICINA LTDA., especificamente para fins de realização de entrevista médica buscando orientar o preenchimento de declaração de saúde a ser entregue à EXTRAMED e/ou à Operadora do Plano de Saúde, ou Seguradora.

Tenho ciência de que a EXTRAMED, e se necessário, outros agentes de tratamento, manterão arquivados os Dados Pessoais, inclusive Dados Pessoais Sensíveis, fornecidos, para a Finalidade prevista neste instrumento, inclusive após o término do contrato que vier a ser celebrado para o cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis à EXTRAMED, à Operadora do Plano de Saúde ou Seguradora e a eventuais outros agentes de tratamento.

4. Prazo de Duração:

Declaro estar ciente que a EXTRAMED poderá tratar os Dados Pessoais durante o período necessário para que a Finalidade seja realizada ou atingida.

Os Dados Pessoais serão eliminados após o término do tratamento, ficando, porém, autorizada a conservação dos Dados Pessoais para os fins previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, especialmente para as finalidades previstas no artigo 16 da referida Lei, quais sejam: I - cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; II - estudo por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais; III - transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de dados dispostos nesta Lei; ou IV - uso exclusivo do controlador, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados.

5. Direitos do Titular dos Dados Pessoais:

Declaro estar ciente de que o tratamento dos Dados Pessoais é condição para o fornecimento do serviço a ser contratado, de acordo com a Finalidade prevista neste instrumento.

Declaro também estar ciente de que a assinatura do presente Termo de Consentimento não exclui nenhum direito previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, especialmente os direitos conferidos ao titular dos Dados Pessoais pelo artigo 18 da LGPD, quais sejam: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto nesta Lei; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 desta Lei; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

6. Segurança dos Dados e Manutenção:

A EXTRAMED adotará as providências técnicas e administrativas necessárias à proteção dos Dados Pessoais, atendendo todas as disposições legais aplicáveis.

Declaro ainda estar ciente que, em caso de recusa da proposta para a minha adesão e de meus dependentes ao plano de saúde coletivo por adesão, ou seguro de saúde, a EXTRAMED, a Operadora e/ou Seguradora, e outros agentes de tratamento poderão manter os Dados Pessoais coletados, inclusive Dados Pessoais Sensíveis, para os fins previstos na LGPD, notadamente para (i) o cumprimento de obrigação legal; (ii) estudos por órgãos de pesquisa; (iii) transferência a terceiro, desde que respeitados os requisitos de tratamento de dados dispostos na LGPD; (iv) uso exclusivo do controlador, vedado seu acesso por terceiro, e desde que anonimizados os dados, tudo conforme previsto no artigo 16 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

7. Revogação:

O presente Termo de Consentimento poderá ser revogado a qualquer tempo pelo titular dos Dados Pessoais, mediante solicitação expressa à EXTRAMED, por mensagem eletrônica para o e-mail lgpd@extramed.com.br, ou por correspondência ao endereço da EXTRAMED referido no presente Termo.

Este anexo é parte integrante do Contrato de Adesão Plano de Saúde Coletivo Por Adesão Firmado com o Estipulante Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA MÉDICA PARA ADESÃO E/OU CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Pelo presente termo de adesão “**Termo de Autorização**”, o proponente acima descrito (“Entrevistado”), autoriza a **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 01.747.987/0001-75, com sede na Rua Desembargador Clotário Portugal, 243, bairro Alto São Francisco, Curitiba, Paraná – (“Extramed”) a prestar serviços médicos de entrevista qualificada para a adesão e/ou contratação de plano de saúde coletivo por adesão, regulando-se os serviços a serem prestados pelas seguintes condições:

1. Entrevistado poderá ser, conforme o caso: (i) o proponente Titular para ingresso em Plano ou Seguro Saúde da Operadora; (ii) qualquer dos beneficiários maiores de 18 anos indicados como Dependentes na proposta assinada pelo proponente Titular; (iii) representante legal dos beneficiários menores de 18 anos indicados como Dependentes na proposta assinada pelo proponente Titular;
2. O presente serviço de Entrevista Médica destina-se a orientar o Entrevistado para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde o Entrevistado deverá declarar as doenças ou lesões que saiba ser portador, ou que sabe que seu(s) filho(s) é (são) portador(es) ou sofredor(es) no momento da contratação ou adesão a plano de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações;
3. O Entrevistado declara ter pleno conhecimento da importância que suas informações sejam precisas e verdadeiras, comprometendo-se em não omitir fatos relativos à sua saúde e de seus dependentes e informações que lhe forem solicitadas sobre histórico médico, tratamentos, sintomas e demais assuntos relacionados.
4. O Entrevistado está ciente de que a Entrevista Médica a ser realizada será gravada e que o uso do seu conteúdo ficará restrito ao objeto descrito no item 2 supra.
5. O Entrevistado declara igualmente estar ciente de que respostas inverídicas ou omissas poderão influenciar nas coberturas do Plano ou Seguro Saúde proposto, desde que aceito pela Operadora, se fatos anteriores devidamente comprovados vierem demonstrar pré-existência ou quadro clínico pregresso relacionado.
6. Ao Entrevistado serão assegurados esclarecimentos mediante perguntas que queira fazer durante a entrevista médica, que facilitem a compreensão da natureza das questões respondidas na Declaração de Saúde referida no item 2. supra, em particular quando o Entrevistado não for o Proponente Titular do Plano ou Seguro Saúde em avaliação.
7. O Entrevistado poderá ser perguntado sobre a saúde e o histórico médico de seus dependentes incluídos na proposta, com os quais tenha relação de responsabilidade familiar, sendo responsável pela veracidade das informações prestadas na mesma forma e sob os mesmos efeitos das relativas a si próprio.
8. O Entrevistado declara estar de acordo com as afirmações e condições estabelecidas neste Termo de Utilização mediante a Confirmação a seguir, prévia ao início da Entrevista Médica.