

	2017	2016
Bens e Títulos a Receber	1.327.171,66	819.241,80
Despesas Antecipadas	12.958,87	14.142,58
Conta Corrente Cooperados	205.103,69	178.483,71
TOTAL	1.545.234,22	1.011.868,09

4.5 Investimentos

	2017	2016
Central Nacional Unimed	75.717,19	75.717,19
Unimed Federação do Paraná	732.270,11	664.491,93
Unimed Participações	333.793,31	296.088,31
Sicredi Jacarezinho	37.228,16	33.809,97
Sicredi Cambará	11.169,68	10.961,95
Unimed Seguros	11.155,13	11.155,13
Uniprime Norte do Paraná	7.349.125,03	6.417.828,14
TOTAL	8.550.458,61	7.510.052,62

4.6 Imobilizado

Contas	2017			2016
	Custo Corrigido	Depreciações Acumuladas	Valor Líquido	
Terrenos	479.974,87	0,00	479.974,87	479.974,87
Edificações	6.883.748,16	748.606,04	6.135.142,12	6.380.178,16
Instalações	44.483,70	15.966,02	28.517,68	2.737,80
Máquinas e Equipamentos	393.680,66	209.341,80	184.338,86	165.622,73
Móveis e Utensílios	447.934,28	190.766,66	257.167,62	287.801,37
Computadores e Periféricos	613.770,43	477.570,99	136.199,44	118.131,17
Veículos	573.248,19	246.980,81	326.267,38	252.560,65
Outras Imobilizações	0,00	0,00	0,00	20.296,39
Total	9.436.840,29	1.889.232,32	7.547.607,97	7.707.303,14

4.7 Eventos de Assistência Médico Hospitalar

A distribuição dos saldos do quadro auxiliar de eventos médico hospitalares do documento de informações periódicas – DIOPS do 4º trimestre de 2017 está em conformidade com o Ofício Circular DIOPE nº 01 de 01.11.2013, referente aos planos individuais firmados posteriormente à Lei nº 9.656/1998, com cobertura médico hospitalar e modalidade de preço pré-estabelecido.

4.7.1 Cobertura Assistencial com Preço Pré-Estabelecido – Carteira de Planos Individuais/Familiares antes Lei nº 9.656/1998.

	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Própria	369.201,18	108.247,30	11.796,50	67.315,95	0,00	38.320,17	594.881,10
Rede Contratada	11.656,20	239.340,72	24.236,20	56.374,75	17.828,26	67.930,04	417.366,17
Reembolso	000	330,95	0,00	0,00	0,00	1.297,06	1.628,01
Intercâmbio	173.457,81	340.065,94	146.070,54	730.566,40	163.666,29	31.776,57	1.585.603,55
TOTAL	554.315,19	687.984,91	182.103,24	854.257,10	181.494,55	139.323,84	2.599.478,83

4.7.2 Cobertura Assistencial com Preço Pré-Estabelecido – Carteira de Planos Individuais/Familiares pós Lei nº 9.656/1998.

	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Própria	2.661.552,35	853.271,19	70.282,08	611.278,32	0,00	293.734,80	4.490.118,74
Rede Contratada	63.820,67	1.790.750,23	172.959,09	598.451,96	116.097,58	1.574.453,68	4.316.533,21
Reembolso	3.987,74	11.073,27	4.410,00	0,00	500,00	85.532,73	105.503,74
Intercâmbio	1.254.286,80	2.658.090,36	1.052.860,51	10.390.264,99	2.107.626,13	273.596,61	17.736.725,40
TOTAL	3.983.647,56	5.313.185,05	1.300.511,68	11.599.995,27	2.224.223,71	2.227.317,82	26.648.881,09

4.7.3 Cobertura Assistencial com Preço Pré-Estabelecido – Carteira de Planos Coletivos por Adesão antes Lei nº 9.656/1998.

	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Própria	4.591,65	1.916,11	328,44	183,30	0,00	69,53	7.089,03
Rede Contratada	72,00	4.105,01	84,50	105,63	0,00	2.645,96	7.013,10
Reembolso	0,00	520,99	0,00	0,00	0,00	0,00	520,99
Intercâmbio	1.068,62	3.344,48	0,00	811,68	1.520,62	78,96	6.824,36
TOTAL	5.732,27	9.886,59	412,94	1.100,61	1.520,62	2.794,45	21.447,48

4.7.4 Cobertura Assistencial com Preço Pré-Estabelecido – Carteira de Planos Coletivos por Adesão pós Lei nº 9.656/1998.

	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Própria	263.977,80	146.017,42	7.331,30	74.331,91	0,00	33.377,33	525.035,76
Rede Contratada	7.667,62	198.846,68	12.986,39	62.682,54	7.032,39	267.754,15	556.969,77
Reembolso	187,02	0,00	0,00	0,00	0,00	660,10	847,12
Intercâmbio	94.681,74	203.236,12	84.930,85	471.892,46	176.565,46	34.964,44	1.066.271,07
TOTAL	366.514,18	548.100,22	105.248,54	608.906,91	183.597,85	336.756,02	2.149.123,72

4.7.5 Cobertura Assistencial com Preço Pré-Estabelecido – Carteira de Planos Coletivos Empresariais pós Lei nº 9.656/1998.

	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Própria	1.067.223,93	231.178,52	12.809,17	506.213,92	0,00	103.978,64	1.921.404,18
Rede Contratada	43.806,00	675.452,19	30.148,87	283.753,77	18.015,33	249.388,26	1.300.564,42
Reembolso	1.558,99	1.334,82	0,00	89,84	0,00	6.322,93	9.306,58
Intercâmbio	260.828,24	463.519,19	104.370,48	1.631.673,41	107.528,86	59.507,70	2.627.427,88
TOTAL	1.373.417,16	1.371.484,72	147.328,52	2.421.730,94	125.544,19	419.197,53	5.858.703,06
GERAL	6.283.626,36	7.930.641,49	1.735.604,92	15.485.990,83	2.716.380,92	3.125.389,66	37.277.634,18

NOTA 05 PASSIVOS CONTINGENTES

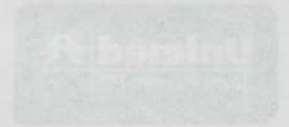
No exigível a longo prazo estão reconhecidos os passivos contingentes em processo de julgamento em instâncias administrativas e judiciais referente demandas fiscais e cíveis e seus efeitos tiveram contrapartidas no resultado deste e dos exercícios anteriores.

As provisões, quando aplicável, estão demonstradas aos valores originais acrescidos dos encargos moratórios, quais sejam:

	2017	2016
Ações Cíveis	1.216.421,86	1.329.411,22
Ações Trabalhistas	87.500,00	0,00
Demais Contingências	1.885.866,67	1.885.866,67
TOTAL	3.189.788,53	3.215.277,89

a) Demais Provisões Cíveis

A Cooperativa figura como ré em ações cíveis movidas por beneficiários dos planos de assistência à saúde e terceiros, para os



quais, amparada por parecer dos consultores jurídicos entende que os valores provisionados são suficientes para a garantia das demandas no caso de decisão desfavorável.

NOTA 06 CAPITAL SOCIAL

O capital social é formado por 154.076 quotas partes no valor de R\$ 50,00 cada uma, distribuídas entre 170 cooperados (165 em 2016).

A quantidade individual das quotas partes é variável segundo a capitalização de sobras ou outras reservas distribuídas proporcionalmente segundo a produção anual de cada cooperado.

NOTA 07 DESTINAÇÃO DAS SOBRAS

A destinação do resultado, conforme o artigo 49 do Estatuto Social é de 10% para o Fundo de Reserva Legal e 5% para o Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Sócia – FATES. As sobras líquidas, após a destinação dos fundos, serão distribuídas aos associados, na proporção das operações realizadas com a Cooperativa, salvo decisão em contrário da Assembleia Geral.

A administração, ad-referendum da AGO, esta destacando das sobras a reversão de reservas de adequação de frota realizada em 2017, no valor de R\$ 120.000,00 (Cento e vinte mil reais) além da reversão da reserva para investimentos em TI no valor de R\$ 220.000,00 (duzentos e vinte mil reais) e a constituição de reservas de mais R\$ 730.000,00 (Setecentos e trinta mil reais) para reserva de Margem de Solvência.

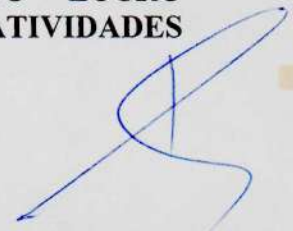
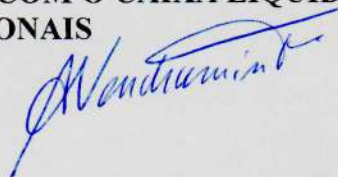
NOTA 08 IMPOSTO DE RENDA E CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO

Foram calculadas segundo definido no Parecer Normativo da Secretaria da Receita Federal n.º 73/1975 considerando a segregação dos custos e despesas de atos cooperativos, conforme apresentado na demonstração de sobras do exercício.

NOTA 09 SEGUROS CONTRATADOS

Em 31 de dezembro de 2017, a Cooperativa possuía cobertura de seguro contra incêndio e riscos diversos para os bens do ativo imobilizado, por valores considerados suficientes para cobrir eventuais perdas.

NOTA 10 DEMONSTRATIVO DA RECONCILIAÇÃO DO LUCRO LÍQUIDO COM O CAIXA LÍQUIDO OBTIDO DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS



000100



000100

000100

	2017	2016
Resultado Líquido	1.318.749,02	2.669.484,26
Ajuste ao Resultado		
(+) Depreciação	481.088,98	320.040,20
(+) Amortização	40.404,02	35.441,88
(+) PDD	918.896,48	212.513,17
(+) PEONA	491.957,64	448.223,02
(+/-) Demais Ajustes	-401.877,01	198.092,07
(-) Aumentos nos Investimentos (Sobras e Dividendos)	-1.040.405,99	-651.318,84
Saldo Ajustado	1.808.813,14	3.232.475,76
Ajustes das Variações dos Saldos das Contas de Ativo e Passivo Operacional		
Ativo	130.996,36	-3.788.527,72
(+/-) Variações nas Aplicações Financeiras	1.815.622,81	-1.395.261,73
(+/-) Variações Créditos de Operações C/ Planos Ass. Saúde	-730.404,76	-860.171,65
(+/-) Variações Créditos Operações de Serviços	-268.335,56	-26.330,94
(+/-) Variações Créditos Tributários	-410.802,40	-609,65
(+/-) Variações Títulos a Receber	-507.929,86	-533.165,30
(+/-) Variações Despesas Antecipadas	1.183,71	-5.408,21
(+/-) Variações Conta Corrente Cooperados	-26.619,98	-30.918,95
(+/-) Variações Créditos a Longo Prazo	102.974,49	71.175,81
(+/-) Variações Aquisição Imobilizado	159.695,17	-963.533,84
(+/-) Variações Aquisição Intangível	-4.387,26	-44.303,26
Passivo	-110.764,91	1.595.686,50
(+/-) Variações Prestações Não Ganha	615.293,32	345.863,99
(+/-) Variações Ressarcimento ao SUS	68.205,03	66.362,88
(+/-) Variações Eventos a Liquidar	121.322,86	99.806,73
(+/-) Variações Débito Operações Ass. Saúde	123.152,03	197.976,95
(+/-) Variações empréstimos	- 1.192.948,18	0,00

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

(+/-) Variações Impostos e Contribuições a Recolher	160.860,08	210.720,88
(+/-) Variações Débitos Diversos	55.934,27	220.055,68
(+/-) Variações Conta Corrente Cooperados	27.969,00	24.345,00
(+/-) Variações Provisões	-25.489,36	488.906,22
(+/-) Variações empréstimos	60.826,39	0,00
(+/-) Variações Outros Débitos	-125.890,35	-58.351,83
Caixa Líquido das Atividades Operacionais	1.829.044,59	1.039.634,54

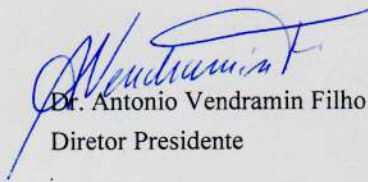
NOTA 11 PARTES RELACIONADAS

As partes relacionadas compreendem a Diretoria Executiva e Conselheiros de Administração, cujas atribuições, poderes e funcionamento são definidos no Estatuto Social da Operadora. Os diretores são os representantes legais, responsáveis principalmente, pela administração no aspecto operacional, já o Conselho de Administração é responsável pelo desenvolvimento das políticas e diretrizes gerais. São eleitos pela Assembleia Geral, com mandato de 4 anos, sendo permitida a reeleição. As operações com partes relacionadas são realizadas no contexto normal das atividades operacionais e apresentaram as seguintes movimentações no decorrer do exercício:

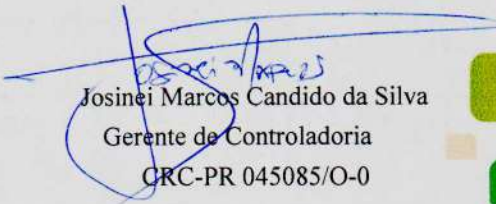
Contas	2017	2016
Remuneração Estatutária	732.579,31	618.055,36
Remuneração de Produção Médica	2.033.453,91	1.623.417,13
Saldo da Quota Parte	610.557,94	707.525,24
Contas a Receber (PAC)	14.700,00	14.310,00
Contas a Pagar (honorários verba e cédula)	53.621,28	47.700,83
Total	3.444.912,44	3.011.008,56

NOTA 12 BENEFÍCIOS A EMPREGADOS

Contas	2017	2016
Seguro de Vida	96.212,06	91.439,42
Uniformes	16.189,03	15.641,50
Assistência Médica	10.769,18	8.246,87
Faculdade e Pós Graduação	37.979,71	21.233,64
Vale Alimentação	378.752,21	331.684,84
Vale Transporte	8.590,28	3.468,48
Ginástica Laboral	10.876,06	6.246,25
Total	559.368,53	477.961,00


Dr. Antonio Vendramin Filho
Diretor Presidente


Dr. William Romão de Oliveira
Diretor Financeiro


Josinei Marcos Candido da Silva
Gerente de Controladoria
CRC-PR 045085/O-0



001 Ata da Trigésima Segunda Assembleia Geral Ordinária da Unimed
 002 Norte Pioneiro - Cooperativa de Trabalho Médico, Cooperativa de 1º
 003 grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização
 004 das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 255, atuando como
 005 Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na
 006 ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 366064,
 007 registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 4140000109 -1,
 008 na data de 02/10/1985, Inscrição Estadual - Isenta e cadastrada no
 009 CNPJ/MF sob nº 78.953.023/0001-08, realizada no dia **27 de março**
 010 **de 2018**, na sede da Unimed Norte Pioneiro-PR, situado na Rua dos
 011 Expedicionários, nº 337, centro, Jacarezinho/PR, CEP: 86400-000, tel.:
 012 (43) 3511-2000, SAC: 0800-414554, endereço eletrônico:
 013 unimed@unimednortepioneiro.com.br, em atendimento ao Edital de
 014 Convocação, datado de 8 de fevereiro de 2018. Realizada em terceira
 015 convocação às 19 horas, devido à falta de quórum nos horários da
 016 primeira e segunda convocação, com as presenças dos cooperados,
 017 cujos nomes e assinaturas constam no livro de presenças, folhas 44
 018 (quarenta e quatro) e 44 (quarenta e quatro) verso. O Dr. Antonio
 019 Vendramin Filho, Diretor Presidente após a verificação do quórum
 020 legal, deu início à presente Assembleia com agradecimento aos
 021 cooperados pela presença, em seguida passou a fazer a composição
 022 da mesa da Assembleia, solicitando as presenças dos membros da
 023 Diretoria Executiva os Doutores: Mário Alberto Hartog Pombo, Rogério
 024 Veloso de Abreu e Wiliam Romão de Oliveira, na sequência solicitou
 025 ao Dr. Mário Alberto Hartog Pombo, para que fizesse a leitura do
 026 Edital de Convocação, que foi publicado no jornal Tribuna do Vale, em
 027 data de 8 de fevereiro de 2018, página A-6, e enviado a todos os
 028 cooperados da cooperativa, através da Circular de Convocação de
 029 número 011/2018, e ainda sendo afixado nas recepções dos quatro
 030 escritórios da cooperativa, cujo teor é o seguinte: **UNIMED NORTE**
 031 **PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** Rua dos
 032 Expedicionários nº 337 - fone (43) 3511-2000 Jacarezinho - PR
 033 **EDITAL DE CONVOCAÇÃO** O Diretor Presidente da Unimed Norte
 034 Pioneiro - Cooperativa de Trabalho Médico, no uso de suas atribuições
 035 legais e estatutárias, resolve: **CONVOCAR 32ª ASSEMBLEIA GERAL**
 036 **ORDINÁRIA** a se realizar no dia 27 (vinte e sete) de março do ano de
 037 dois mil e dezoito, em sua sede, à Rua dos Expedicionários nº 337, em
 038 Jacarezinho - Paraná às 17h em primeira convocação, com dois terços
 039 dos cooperados com direito a voto, ou às 18h em segunda
 040 convocação com a metade mais um dos cooperados, ou às 19h em
 041 terceira convocação, com no mínimo dez cooperados, para tratar da
 042 seguinte Ordem do Dia: 1 - Relatório do Conselho de Administração -
 043 gestão 2017; 2 - Aprovação do Balanço Geral do demonstrativo de



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.
 UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
 www.empresafacil.pr.gov.br

044 sobras, Parecer da Auditoria Independente e Parecer do Conselho
045 Fiscal; 3 - Dar destino às sobras; 4 - Fixação dos valores da verba de
046 representação e das cédulas de presença às reuniões dos Conselhos;
047 5 - Definição de Diária para Diretoria Executiva; 6 - Eleição dos
048 membros do Conselho Fiscal para o exercício 2018/2019; 7 -
049 Demissão, Eliminação e Exclusão de Cooperados; 8 - Cooperados
050 com Documentação Incompleta - Retenção de Produção; 9 -
051 Indicação pela Assembleia de uma Comissão composta por 10(dez)
052 cooperados para aprovação da Ata desta Assembleia. Número de
053 cooperados para cálculo de quórum 166 (cento e sessenta e seis).
054 Jacarezinho (PR), 8 de fevereiro de 2018. Dr. Antonio Vendramin Filho
055 Diretor Presidente". Retomando a palavra, o Sr. Presidente, Dr.
056 Antônio Vendramin Filho, apresentou o **item primeiro** - Relatório da
057 Gestão e Sustentabilidade 2017, sendo que, dentre os assuntos
058 abordados, demonstrou os indicadores da gestão, as realizações do
059 ano de 2017, bem como o desempenho econômico e financeiro da
060 cooperativa. Destacou que 2017 foi um ano de muitos desafios para o
061 Sistema Unimed e também para Unimed Norte Pioneiro-PR. Com as
062 diversas turbulências no cenário político e econômico, a cooperativa
063 se dedicou a fortalecer seus aspectos, atividades e suas entregas,
064 principalmente na gestão da qualidade. Passando para o **item**
065 **segundo** da Ordem do Dia, o Dr. Antonio Vendramin Filho -
066 Presidente da Assembleia, solicitou ao Sr. Josinei Marcos Candido da
067 Silva, Gerente de Controladoria da Cooperativa, Contador CRC - PR
068 nº 045085/O-0, a apresentação e explanação do balanço patrimonial,
069 demonstrando o resultado em 31 de dezembro de 2017, que está
070 assim representado: ATIVO CIRCULANTE- R\$ 24.447.490,42(vinte e
071 quatro milhões, quatrocentos e quarenta e sete mil, quatrocentos e
072 noventa reais, quarenta e dois centavos); ATIVO NÃO CIRCULANTE-
073 R\$ 16.541.783,93(dezesseis milhões, quinhentos e quarenta e um mil,
074 setecentos e oitenta e três reais, noventa e três centavos); TOTAL
075 ATIVO-R\$ 40.989.274,35(quarenta milhões, novecentos e oitenta e
076 nove mil, duzentos e setenta e quatro reais, trinta e cinco centavos);
077 PASSIVO CIRCULANTE- R\$ 16.904.942,40(dezesseis milhões,
078 novecentos e quatro mil, novecentos e quarenta e dois reais, quarenta
079 centavos); PASSIVO NÃO CIRCULANTE- R\$ 4.582.246,29(quatro
080 milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, duzentos e quarenta e seis
081 reais, vinte e nove centavos). PATRIMONIO LÍQUIDO-R\$
082 19.502.085,66(dezenove milhões, quinhentos e dois mil, oitenta e
083 cinco reais, sessenta e seis centavos); TOTAL PASSIVO- R\$
084 40.989.274,35(quarenta milhões, novecentos e oitenta e nove mil,
085 duzentos e setenta e quatro reais, trinta e cinco centavos). Sobras à
086 disposição da Assembleia Geral Ordinária - R\$ 390.936,67(trezentos



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

087 e noventa mil, novecentos e trinta e seis reais, sessenta e sete
088 centavos). Informa também, a título de conhecimento, que em 2017
089 foram pagas aos nossos cooperados 105.420 (cento e cinco mil,
090 quatrocentos e vinte) consultas médicas no valor de R\$
091 10.929.812,32(Dez milhões, novecentos e vinte e nove mil, oitocentos
092 e doze reais, trinta e dois centavos) e de Honorários médicos em 2017
093 foram pagos o valor de R\$ 8.197.128,05(Oito milhões, cento e
094 noventa e sete mil, cento e vinte e oito reais, cinco centavos,
095 totalizando o valor de R\$ 19.126.940,37 (Dezenove milhões, cento e
096 vinte e seis mil, novecentos e quarenta reais e trinta e sete centavos).
097 Em continuidade ao item segundo, o Dr. Antonio Vendramin Filho
098 informou as reversões das reservas constituídas na Assembleia Geral
099 Ordinária de 2017 no valor total de R\$ 340.000,00 (trezentos e
100 quarenta mil reais) sendo elas: R\$ 120.000,00(cento e vinte mil reais)
101 constituída para renovação de frotas para área de mercado e R\$
102 220.000,00(duzentos e vinte mil reais) constituída para o setor de
103 Tecnologia da Informação. E esclarece que para manter o equilíbrio do
104 caixa e aumentar nossa reserva para margem de solvência, sugere
105 que essa reversão seja incorporada à cota parte do cooperado, com
106 base na produção de 2016. E ainda, apresentou proposta de aumento
107 da Reserva para Margem de Solvência no valor de R\$
108 730.000,00(setecentos e trinta mil reais). Justifica que, se não for
109 incorporada tal reversão e nem aumentado essa reserva haverá um
110 saldo negativo de Margem de Solvência de aproximadamente R\$
111 853.000,00 (oitocentos e cinquenta e três mil reais) ao passo que se
112 forem aprovadas a incorporação e o aumento da reserva, se verificará
113 um saldo positivo de aproximadamente R\$ 216.000,00 (Duzentos e
114 dezesseis mil reais), com data base em 31/12/2017. Na ocasião o Dr.
115 Sergio Bachtold questionou como é calculado o patrimônio líquido,
116 esclarecido pelo Sr. Josinei Marcos Candido da Silva que o Patrimônio
117 Líquido é calculado conforme Instrução Normativa IN Nº52 da Agencia
118 Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Dr. Wiliam Romão de Oliveira
119 esclarece sobre a necessidade do aumento da reserva da margem de
120 solvência. Em seguida Dra. Paula Nicolli Soares, questiona sobre
121 discussão internas de reversão da cota parte do cooperado para o
122 passivo. Esclarecido pelo Sr. Joinei Marcos Candido da Silva que esse
123 assunto foi encerrado pelo CFC – Conselho Federal de Contabilidade,
124 mas caso voltar a ser discutido provavelmente a ANS mude as regras
125 do calculo.Esclarecido pelo Dr. Wiliam Romão de Oliveira que é
126 necessário cada vez mais aumentar o capital do cooperado para
127 garantir a sustentabilidade da cooperativa. Em continuidade, Dr.
128 Antonio Vendramin Filho relata a preocupação da distribuição de todas
129 as sobras prejudicando a margem de solvência, podendo ocorrer

[Handwritten signatures and initials on the right margin, including a large signature that appears to be 'Antonio Vendramin Filho']



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

130 chamada de capital futuramente, caso a margem de solvência não
 131 seja suficiente. Dr. Nilton José de Souza questiona sobre a reserva de
 132 R\$ 730.000,00(setecentos e trinta mil reais) refere-se a 2016.
 133 Esclarecido que esse valor refere-se ao resultado de 2017. Dr. Júlio
 134 Sergio Nicolli Soares, questiona quantas singulares do Paraná
 135 atingiram a margem de solvência, informado pelo Dr. Wiliam Romão
 136 de Oliveira, que essas informações são particulares de cada singular,
 137 teve informações que somente 4 (quatro) singulares do Paraná, não
 138 atendem as reservas necessárias da margem de solvência. Dr. Sergio
 139 Bachtold, questiona porque as demais singulares têm dificuldade em
 140 provisionar a margem de solvência e de comparações de
 141 procedimentos médicos realizados em cada singular, esclarecido pelo
 142 Dr. Antonio Vendramin Filho que somos uma cooperativa
 143 conservadora, administrando rigorosamente os valores de plano de
 144 saúde e repasse aos cooperados. Dr. Rogerio Veloso de Abreu,
 145 reforça que a Unimed Norte Pioneiro-PR foi certificada pelo ISO
 146 9001/2015 e com isso o nível de profissionalização dos colaboradores
 147 reflete positivamente nos resultados da cooperativa. Em continuidade
 148 Sr. Josinei Marcos Candido da Silva, reforça que operadora é
 149 conservadora, lembrando que anualmente fazemos reservas em
 150 Assembleias para margem de solvência. Ato contínuo o Dr. Antonio
 151 Vendramin Filho Presidente da Assembleia passou a palavra ao Sr.
 152 Cyro Lopes de Araújo Junior, representando a empresa ALPHA
 153 AUDITORES INDEPENDENTES, empresa responsável pela Auditoria
 154 Independente, para fazer a leitura do Parecer emitido, cujo teor é o
 155 seguinte: **“RELATÓRIO DO AUDITOR INDEPENDENTE SOBRE AS**
 156 **DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS** Aos Administradores, Conselheiros
 157 e Cooperados da Unimed Norte Pioneiro Cooperativa de Trabalho
 158 Médico. **Opinião.** Examinamos as demonstrações contábeis da
 159 Unimed Norte Pioneiro Cooperativa de Trabalho Médico, que
 160 compreendem o balanço patrimonial em 31 de dezembro de 2017 e as
 161 respectivas demonstrações do resultado, das mutações do patrimônio
 162 líquido, dos fluxos de caixa e o do valor adicionado para o exercício
 163 findo nessa data, bem como as correspondentes notas explicativas,
 164 incluindo o resumo das principais políticas contábeis. Em nossa
 165 opinião, as demonstrações contábeis acima referidas apresentam
 166 adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição
 167 patrimonial e financeira da Unimed Norte Pioneiro Cooperativa de
 168 Trabalho Médico em 31 de dezembro de 2017, o desempenho de suas
 169 operações, os seus fluxos de caixa e o valor adicionado para o
 170 exercício findo nessa data, de acordo com as práticas contábeis
 171 adotadas no Brasil aplicáveis as entidades supervisionadas pela
 172 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Base para opinião.




CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.

UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

173 *Nossa auditoria foi conduzida de acordo com as normas brasileiras e*
 174 *internacionais de auditoria. Nossas responsabilidades, em*
 175 *conformidade com tais normas, estão descritas na seção a seguir,*
 176 *intitulada "Responsabilidades do auditor pela auditoria das*
 177 *demonstrações contábeis". Somos independentes em relação à*
 178 *Cooperativa, de acordo com os princípios éticos relevantes previstos*
 179 *no Código de Ética Profissional do Contador e nas normas*
 180 *profissionais emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade, e*
 181 *cumprimos com as demais responsabilidades éticas de acordo com*
 182 *essas normas. Acreditamos que a evidência de auditoria obtida é*
 183 *suficiente e apropriada para fundamentar nossa opinião. Outras*
 184 *informações que acompanham as demonstrações contábeis e o*
 185 *relatório do auditor A administração da Cooperativa é responsável por*
 186 *essas outras informações que compreendem o Relatório da*
 187 *Administração. Nossa opinião sobre as demonstrações contábeis não*
 188 *abrange o Relatório da Administração e não expressamos qualquer*
 189 *forma de conclusão de auditoria sobre esse relatório. Em conexão*
 190 *com a auditoria das demonstrações contábeis, nossa responsabilidade*
 191 *é a de ler o Relatório da Administração e, ao fazê-lo, considerar se*
 192 *esse relatório está, de forma relevante, inconsistente com as*
 193 *demonstrações contábeis ou com o nosso conhecimento obtido na*
 194 *auditoria ou, de outra forma, aparenta estar distorcido de forma*
 195 *relevante. Se, com base no trabalho realizado, concluirmos que há*
 196 *distorção relevante no Relatório da Administração, somos requeridos a*
 197 *comunicar esse fato. Não temos nada a relatar a este respeito.*
 198 **Responsabilidade da administração e da governança pelas**
 199 **demonstrações contábeis.** *A administração é responsável pela*
 200 *elaboração e adequada apresentação das demonstrações contábeis*
 201 *de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil aplicáveis as*
 202 *entidades supervisionadas pela Agência Nacional de Saúde*
 203 *Suplementar - ANS e pelos controles internos que ela determinou*
 204 *como necessários para permitir a elaboração de demonstrações*
 205 *contábeis livres de distorção relevante, independentemente se*
 206 *causada por fraude ou erro. Na elaboração das demonstrações*
 207 *contábeis, a administração é responsável pela avaliação da*
 208 *capacidade de a Cooperativa continuar operando, divulgando, quando*
 209 *aplicável, os assuntos relacionados com a sua continuidade*
 210 *operacional e o uso dessa base contábil na elaboração das*
 211 *demonstrações contábeis, a não ser que a administração pretenda*
 212 *liquidar a Cooperativa ou cessar suas operações, ou não tenha*
 213 *nenhuma alternativa realista para evitar o encerramento das*
 214 *operações. Os responsáveis pela governança da Cooperativa são*
 215 *aqueles com responsabilidade pela supervisão do processo de*



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.
 UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

216 elaboração das demonstrações contábeis. **Responsabilidades do**
 217 **auditor pela auditoria das demonstrações contábeis.** Nossos
 218 objetivos são obter segurança razoável de que as demonstrações
 219 contábeis, tomadas em conjunto, estão livres de distorção relevante,
 220 independentemente se causada por fraude ou erro, e emitir relatório
 221 de auditoria contendo nossa opinião. Segurança razoável é um alto
 222 nível de segurança, mas, não, uma garantia de que a auditoria
 223 realizada de acordo com as normas brasileiras e internacionais de
 224 auditoria sempre detectam as eventuais distorções relevantes
 225 existentes. As distorções podem ser decorrentes de fraude ou erro e
 226 são consideradas relevantes quando, individualmente ou em conjunto,
 227 possam influenciar, dentro de uma perspectiva razoável, as decisões
 228 econômicas dos usuários tomadas com base nas referidas
 229 demonstrações contábeis. Como parte da auditoria realizada de
 230 acordo com as normas brasileiras e internacionais de auditoria,
 231 exercemos julgamento profissional e mantemos ceticismo profissional
 232 ao longo da auditoria. Além disso: Identificamos e avaliamos os riscos
 233 de distorção relevante nas demonstrações contábeis,
 234 independentemente se causada por fraude ou erro, planejamos e
 235 executamos procedimentos de auditoria em resposta a tais riscos,
 236 bem como obtemos evidência de auditoria apropriada e suficiente para
 237 fundamentar nossa opinião. O risco de não detecção de distorção
 238 relevante resultante de fraude é maior do que o proveniente de erro, já
 239 que a fraude pode envolver o ato de burlar os controles internos,
 240 conluio, falsificação, omissão ou representações falsas intencionais.
 241 Obtemos entendimento dos controles internos relevantes para a
 242 auditoria para planejarmos procedimentos de auditoria apropriados às
 243 circunstâncias, mas, não, com o objetivo de expressarmos opinião
 244 sobre a eficácia dos controles internos da Cooperativa. Avaliamos a
 245 adequação das políticas contábeis utilizadas e a razoabilidade das
 246 estimativas contábeis e respectivas divulgações feitas pela
 247 administração. Concluimos sobre a adequação do uso, pela
 248 administração, da base contábil de continuidade operacional e, com
 249 base nas evidências de auditoria obtidas, se existe incerteza relevante
 250 em relação a eventos ou condições que possam levantar dúvida
 251 significativa em relação à capacidade de continuidade operacional da
 252 Cooperativa. Se concluirmos que existe incerteza relevante, devemos
 253 chamar atenção em nosso relatório de auditoria para as respectivas
 254 divulgações nas demonstrações contábeis ou incluir modificação em
 255 nossa opinião, se as divulgações forem inadequadas. Nossas
 256 conclusões estão fundamentadas nas evidências de auditoria obtidas até
 257 a data de nosso relatório. Todavia, eventos ou condições futuras podem
 258 levar a Cooperativa a não mais se manter em continuidade operacional.

[Handwritten signatures and initials on the right margin, including a large signature at the top and several smaller ones below.]



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.
 UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

259 Avaliamos a apresentação geral, a estrutura e o conteúdo das
260 demonstrações contábeis, inclusive as divulgações e se as
261 demonstrações contábeis representam as correspondentes transações
262 e os eventos de maneira compatível com o objetivo de apresentação
263 adequada. Comunicamo-nos com os responsáveis pela governança a
264 respeito, entre outros aspectos, do alcance planejado, da época da
265 auditoria e das constatações significativas de auditoria, inclusive as
266 eventuais deficiências significativas nos controles internos que
267 identificamos durante nossos trabalhos. Jacarezinho (PR), 09 de
268 março de 2018. **ALPHA AUDITORES INDEPENDENTES CRC-PR nº**
269 **004.687/O-6 Vera Lucia Machado Contador CRC-PR nº 025.266/O-**
270 **9".** Retomando a palavra, o Dr. Antonio Vendramin Filho deu
271 continuidade solicitando ao Dr. Nilton José de Souza, na qualidade de
272 Coordenador e Membro Efetivo do Conselho Fiscal, que fizesse a
273 leitura do Parecer do referido Conselho, cujo teor é o seguinte:
274 **"PARECER DO CONSELHO FISCAL** Os abaixo assinados,
275 Membros do Conselho Fiscal da Unimed Norte Pioneiro – Cooperativa
276 de Trabalho Médico, no uso de suas atribuições legais, após terem
277 examinado detalhadamente o Balanço Patrimonial, Demonstração dos
278 Resultados do Exercício, Demonstração do Fluxo de Caixa, Variação
279 do Patrimônio Líquido, demais Relatórios e Notas Explicativas da
280 Diretoria, demais documentos e atos administrativos praticados,
281 documentos contábeis referentes ao exercício de 2017, bem como ter
282 tomado conhecimento do Relatório da ALPHA – Auditores
283 Independentes, constando que as demonstrações contábeis se
284 apresentam adequadamente, em todos os aspectos relevantes, e
285 encontrando tudo na mais perfeita ordem, aprovam e emitem este
286 Parecer recomendando para aprovação pela Assembleia Geral
287 Ordinária desta Cooperativa. Jacarezinho (PR), 13 de março de 2018.
288 Dr. Nilton José de Souza, CPF: 365.200.986-04, Membro Efetivo e
289 Coord.do Conselho Fiscal, Dr. Adriano Carvalho Guimarães, CPF:
290 838.199.919-72 Membro Efetivo do Conselho Fiscal; Dr. José Roberto
291 Boselli Junior, CPF: 979.526.139-87 Membro Efetivo do Conselho
292 Fiscal, Dr. Francisco Alves de Almeida Netto, CPF: 044.367.869-35,
293 Membro Suplente do Conselho Fiscal e Dra. Georgina Lucimar de
294 Oliveira, CPF: 021.168.457-00 Membro Suplente do Conselho Fiscal".
295 Ato contínuo o Dr. Antonio Vendramin Filho, Presidente da
296 Assembleia, de acordo com o Artigo Trigésimo do Estatuto Social,
297 solicitou da Assembleia a indicação de um cooperado para assumir a
298 função de Presidente "ad hoc" para conduzir a discussão e aprovação
299 do Balanço Patrimonial, sendo indicado pela mesma dentre os
300 presentes, o Dr. Júlio Sergio Nicolli Soares e outro cooperado para
301 assumir a função de Secretário "ad hoc", sendo indicado o Dr. Renan

[Handwritten signatures and initials on the right margin, including names like 'Antonio Vendramin Filho', 'Nilton José de Souza', 'Adriano Carvalho Guimarães', 'José Roberto Boselli Junior', 'Francisco Alves de Almeida Netto', 'Georgina Lucimar de Oliveira', 'Júlio Sergio Nicolli Soares', and 'Renan']



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

302 Eiji Tokumoto. Com a palavra o Dr. Júlio Sergio Nicolli Soares,
303 "Presidente ad hoc", colocou em discussão o balanço patrimonial, e
304 posteriormente em votação, sendo aprovado por unanimidade o
305 Balanço Geral, o Parecer da Auditoria Independente, o Parecer do
306 Conselho Fiscal, a criação de fundos, a incorporação das 2 (duas)
307 reversões à cota parte do cooperado, com base na produção de 2016
308 e homologados também os demais atos praticados pela Diretoria
309 Executiva no exercício fiscal de 2017. Em continuidade, o Presidente
310 "ad hoc" devolveu os trabalhos à Mesa Diretora, oportunidade em que
311 se passou para o **item terceiro** da pauta da Ordem do Dia, referente
312 ao destino das sobras, **sendo apresentadas as propostas de**
313 **Integralização ou distribuição das sobras.** Informado pelo Dr.
314 Antonio Vendramin Filho que a proposta do Conselho de
315 Administração é pela distribuição total no valor R\$
316 390.936,67(trezentos e noventa mil, novecentos e trinta e seis reais,
317 sessenta e sete centavos). Neste momento foi colocado em discussão
318 e solicitado sugestão da Assembleia. Não havendo outras sugestões
319 foi colocado em votação, sendo aprovada por unanimidade a
320 distribuição das sobras. Ato contínuo passando-se para o **item quarto**
321 da Ordem do Dia, oportunidade em que o Presidente "ad hoc" retornou
322 à mesa para deliberação sobre a fixação dos valores da Verba de
323 Representação, das Cédulas de Presenças para reuniões dos
324 Conselhos. Primeiramente sobre a Verba de Representação, foi
325 informado aos presentes, que o valor ora praticado correspondente à
326 Verba de Representação é 2% (dois por cento) do faturamento bruto,
327 sendo que este valor não poderá ultrapassar 460 (quatrocentos e
328 sessenta) consultas médicas. Apresentada proposta da Diretoria
329 Executiva de manutenção do valor ora praticado. Após, foi solicitado
330 que se apresentassem outras propostas, não havendo manifestações.
331 Assim, foi colocado em discussão e posteriormente em votação. Após
332 votação, foi aprovada por maioria a manutenção dos valores ora
333 praticados, sendo mantidos os valores da Verba de Representação.
334 Em seguida foi apresentado o valor ora praticado no tocante as
335 Cédulas de Presenças, que corresponde a 7,2 (sete vírgula duas)
336 consultas médicas para todos os Conselheiros. Para os Conselheiros
337 residentes nos demais municípios, serão acrescidas a quilometragem
338 rodada pelo percentual de 30% (trinta por cento) do valor do
339 combustível conforme já praticado nesta Unimed. Apresentada
340 proposta da Diretoria Executiva de manutenção do valor ora praticado.
341 Após, foi solicitado que se apresentassem outras propostas. Não
342 havendo outras propostas, foi colocado em discussão e
343 posteriormente em votação. Após votação, foi aprovada por maioria a
344 manutenção dos valores ora praticados, sendo mantidos os valores



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

345 das Cédulas de Presença. Ato contínuo passando-se para o **item**
 346 **quinto** da Ordem do Dia, apresentado sobre a definição de diária para
 347 Diretoria Executiva. O Presidente da Assembleia esclarece que gerir
 348 uma Cooperativa Médica, está exigindo cada vez mais de toda equipe
 349 Gestora. Diversos temas polêmicos e impactantes ao negócio, que
 350 afetam diretamente a Cooperativa, exige, principalmente da Diretoria
 351 Executiva, se locomover constantemente para participar em outros
 352 municípios, até outros Estados, de reuniões, eventos, cursos de
 353 capacitação, etc. Para participar desses eventos, as agendas dos
 354 consultórios ficam prejudicadas. Em virtude disso, solicitado a
 355 Assembleia a aprovação de diária no valor de 7,2 (sete vírgula duas)
 356 consultas médicas por dia útil de ausência, acrescidas da
 357 quilometragem rodada pelo percentual de 30% (trinta por cento) do
 358 valor do combustível (quando não for possível o uso do veículo próprio
 359 da Unimed). Rememora que essa prática é idêntica aos valores pagos
 360 aos Conselheiros de Administração e Fiscal. Reforçado que o
 361 pagamento da diária ocorrerá quando: Não ocorrer nenhum
 362 pagamento pela reunião frequentada; Reunião ocorrer em dias úteis
 363 semanais (segunda à sexta), em horário comercial que venha interferir
 364 em ambos os períodos (matutino e vespertino) do consultório do
 365 participante; Reunião ocorrer fora do município de Jacarezinho-PR. Na
 366 oportunidade o cooperado Dr. Leonardo Fleury Orlandini questiona se
 367 já não é o praticado pela diretoria executiva, em resposta Dr. Antonio
 368 Vendramin Filho informou somente agora estão solicitando esta
 369 autorização. Colocado em discussão e solicitado sugestão da
 370 Assembleia. Não havendo outras sugestões foi colocado em votação,
 371 sendo aprovada por unanimidade a diária para Diretoria Executiva.
 372 Passando para o **item sexto** da pauta da Ordem do Dia que é a
 373 eleição dos Candidatos para comporem o Conselho Fiscal – Gestão
 374 2018/2019, quando Dr. Antonio Vendramin Filho informou que em
 375 atendimento ao Artigo Sexagésimo Terceiro, item "I" do Estatuto
 376 Social, o Conselho de Administração, em reunião realizada no dia 12
 377 de dezembro de 2017, indicou para compor a Comissão Eleitoral, os
 378 Cooperados, Dr. Antonio Vendramin Filho, Dr. Mario Alberto Hartog
 379 Pombo e Wiliam Romão de Oliveira. Assim, foi feita a leitura do
 380 Parecer da Comissão Eleitoral que se reuniu em data de 20 de março
 381 de 2018, para analisar todos os documentos apresentados pelos
 382 candidatos ao pleito, cujo teor é o seguinte: "**PARECER DA**
 383 **COMISSÃO ELEITORAL**. Os abaixo assinados, Membros da
 384 Comissão Eleitoral, nomeados em reunião do Conselho de
 385 Administração desta Unimed, realizada no dia 12 de dezembro de
 386 2017, e atendendo as disposições contidas no Artigo Sexagésimo
 387 Terceiro item "I" do Estatuto Social e Artigo Centésimo Segundo,



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.

UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

388 Parágrafo Segundo letra "f" e Parágrafo Terceiro letra "c" do
389 Regimento Interno, reuniram-se nesta data, às 19 horas, na sede da
390 Unimed Norte Pioneiro - PR, localizada à Rua Dos Expedicionários;
391 337 - Centros, Jacarezinho/PR, CEP 86400-000, para analisar a
392 documentação apresentada pelos candidatos ao **Conselho Fiscal -**
393 **Gestão 2018/2019**, na eleição a ser realizada em Assembleia Geral
394 Ordinária de 27 de março de 2018. Esta Comissão, no uso de suas
395 atribuições, e após examinar detalhadamente os documentos
396 apresentados pelos 8 (oito) candidatos inscritos, constatou que um
397 dos candidatos não apresentou a documentação necessária de acordo
398 com as normas regimentais, em relação aos demais candidatos não
399 encontrou nada em desacordo com as normas legais, Estatutárias e
400 Regimentais, homologando-os, ficando assim constituído o quadro de
401 7 (sete) candidatos: **Doutores Nilton José de Souza (Jacarezinho),**
402 **José Roberto Boselli Junior (Santo Antônio da Platina), Miriam**
403 **Aparecida Jespersen de Oliveira Franco (Jacarezinho), Luiz**
404 **Carlos Guidio Filho (Jacarezinho), Jorge Ferreira Filho**
405 **(Jacarezinho), Leonardo Fleury Orlandini (Jacarezinho) e Fabio**
406 **Henrique Bittencourt Gonçalves (Santo Antonio da Platina),**
407 emitindo este Parecer, recomendando-os ao pleito a ser realizado na
408 referida Assembleia. Jacarezinho (PR), 20 de março de 2018. Dr.
409 Antonio Vendramin Filho, Dr. Mário Alberto Hartog Pombo, Dr. Wiliam
410 Romão de Oliveira". Lido o Parecer, foi ratificado que foram
411 apresentados além dos documentos pessoais, Certidões Negativas da
412 Receita Federal, do Cartório de Títulos e Protestos, e do Cartório
413 Distribuidor de ações de natureza cíveis e criminais que comprovaram
414 que nenhum dos candidatos estão incurso nos artigos 51 parágrafo
415 único da lei 5764/71 e artigo 3º, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da RN nº
416 311 de 01 de novembro de 2012, e ainda verificado que todos os
417 pretendentes aos cargos preenchem as condições previstas na
418 Resolução Normativa da ANS nº 311, de 01 de novembro de 2012. A
419 seguir, foi apresentada a Cédula Eleitoral com as devidas explicações
420 sobre o pleito, momento em que foi iniciada a eleição com chamada
421 de acordo com a ordem de chegada e consequentemente assinatura
422 dos presentes votantes. Concluída a votação o presidente da Junta
423 Eleitoral confirmou o número de votantes, que totalizou 40 (quarenta),
424 sendo que cada votante escolheu 3(três) candidatos, devendo totalizar
425 120 (cento e vinte) votos. Realizada a apuração dos votos pela Junta
426 Eleitoral, ficaram assim distribuídos: Dr. Fabio Henrique Bittencourt
427 Gonçalves - 14 (catorze) votos, Dr. Jorge Ferreira Filho - 14 (catorze)
428 votos, Dr. José Roberto Boselli Junior - 16 (dezesesseis) votos, Dr.
429 Leonardo Fleury Orlandini - 13 (treze) votos, Dr. Luiz Carlos Guidio
430 Filho - 24 (vinte e quatro) votos, Dra. Miriam Aparecida Jespersen de



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

431 Oliveira Franco - 20 (vinte) votos e Dr. Nilton José Souza - 16
 432 (dezesesseis) votos. Houve empate entre dois candidatos, sendo
 433 realizado o desempate por tempo de admissão na cooperativa. Assim,
 434 restaram 3 (três) votos em branco, sem ocorrência de votos nulos.
 435 Realizada a conferência, ficou confirmado o total de 120 (cento e
 436 vinte) votos. Dando sequência Dr. Antonio Vendramin Filho, anunciou
 437 os eleitos, para o **Conselho Fiscal - Mandato 2018/2019** como
 438 **Membros Efetivos: DR. LUIZ CARLOS GUIDIO FILHO**, nascido aos
 439 21/07/1960, do sexo masculino, natural de Ipaussu - SP, médico
 440 cooperado, CRM-PR 11.367, brasileiro, casado, residente na rua
 441 Alameda Padre Magno, 447 - Jardim Europa - Jacarezinho - PR -
 442 CEP 86400-000, fone (43) 98808-1270, portador do documento de
 443 identidade RG n.º 10.465.959/SSP-SP, expedido em 24/7/1976,
 444 inscrito no CPF/MF sob o nº 058.517.108-45, filho de Luiz Carlos
 445 Guidio e Iracy da Silva Guidio. **DRA. MIRIAM APARECIDA**
 446 **JESPERSEN DE OLIVEIRA FRANCO**, nascida aos 7/12/1963, do
 447 sexo feminino, natural de Marília - SP, médica cooperada, CRM-PR
 448 13.156, brasileira, divorciada, residente na Rua Antônio Gentil, 1012-
 449 Nova Jacarezinho - Jacarezinho - PR - CEP 86400-000, fone (43)
 450 99977-3115, portadora do documento de identidade RG n.º
 451 15.817.784/SSP-SP, expedido em 15/07/1981, inscrita no CPF/MF sob
 452 o nº 077.794.738-21, filha de Brasília de Oliveira Franco e Dagmar
 453 Jespersen de Oliveira Franco. **DR. NILTON JOSÉ DE SOUZA**,
 454 nascido aos 25/7/1955, do sexo masculino, natural de São Carlos -
 455 SP, médico cooperado, CRM-PR 8103, brasileiro, casado, residente
 456 na AV. Dr. João Arruda, 47- Nova Jacarezinho - Jacarezinho - PR -
 457 CEP 86400-000, fone (43) 98437-3060, portador do documento de
 458 identidade RG n.º 3.584.360-4/SSP-PR, expedido em 4/2/1982,
 459 inscrito no CPF/MF sob o nº 365.200.986-04, filho de Belmiro de
 460 Souza e Elisa Joaquim de Souza. **Como Membros Suplentes: DR.**
 461 **JOSÉ ROBERTO BOSELLI JÚNIOR**, nascido aos 08/08/1972, do
 462 sexo masculino, natural de São Paulo - SP, médico cooperado, CRM-
 463 PR 15.730, brasileiro, casado, residente Rua Antonio Sebastião
 464 Pereira, 22 - Apto 502 - centro - CEP 86430-000, fone (14) 99938-
 465 4419, portador do documento de identidade RG n.º 5.862.252-4
 466 SSP/PR, expedido em 15/9/1989, inscrito no CPF/MF sob o nº
 467 979.526.139-87, filho de José Roberto Boselli e Iara Cocco Boselli.
 468 **DR. FABIO HENRIQUE BITTENCOURT GONÇALVES**, nascido aos
 469 28/6/1979, do sexo masculino, natural de Umuarama - PR, médico
 470 cooperado, CRM-PR 22.881, brasileiro, casado, residente e
 471 domiciliado na Rua Leonil de Oliveira Reis, 116, - Vila São José -
 472 Santo Antônio da Platina - PR - CEP 86430-000, fone (43)
 473 991854567, portador do documento de identidade RG n.º 3.241.700-

[Handwritten signatures and initials on the right margin]



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 41400001091.
 UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
 www.empresafacil.pr.gov.br

474 0/SSP-PR, expedido em 13/12/2000, inscrito no CPF/MF sob o nº
 475 026.476.169-30, filho de Fidelcino Gonçalves e Vera Antonia
 476 Bittencourt Gonçalves. **DR. JORGE FERREIRA FILHO**, nascido aos
 477 28/3/1962, do sexo masculino, natural de Ipaussu/SP, médico
 478 cooperado, CRM-PR 11.396, brasileiro, casado, residente na Rua
 479 Jofre Elias, nº 93 – Jardim Europa – Jacarezinho - PR – CEP 86400-
 480 000, fone (43) 3527-1343, portador do documento de identidade RG
 481 n.º 9.795.538-7 SSP-PR expedido em 20/3/2003, inscrito no CPF/MF
 482 sob o nº 676.613.609-00, filho de Jorge Ferreira e Elvira de Lourdes
 483 Cardoso Ferreira. Após ter sido declarado o resultado final da eleição,
 484 o Presidente solicita que os eleitos declarem perante a Assembleia e
 485 sob os rigores da lei que estão desimpedidos para o exercício do
 486 cargo, nos termos da legislação, assinando declaração específica que
 487 contenha tais informações. Em seguida Dr. Antonio Vendramin Filho
 488 parabeniza os Conselheiros Fiscais eleitos, bem como os
 489 Conselheiros que fizeram parte do mandato de 2017/2018 e comunica
 490 que, conforme Artigo Quinquagésimo Nono, a formalização de posse
 491 dos eleitos para o Mandato 2018/2019 será realizada no dia 19 de
 492 abril de 2018. Ato contínuo o Dr. Antonio Vendramin Filho, Presidente
 493 da Assembleia, informou aos presentes o **item sétimo** da Ordem do
 494 Dia, que trata da demissão, eliminação e exclusão dos cooperados,
 495 sendo que no ano de 2017, os médicos que deixaram de fazer parte
 496 do quadro de cooperados foram: Demissão: Dr. Pedro Paulo Cury
 497 Vieira Scatimburgo, conforme Artigo Nono do Estatuto Social,
 498 solicitação de demissão realizada pelo cooperado. Exclusão: Dra.
 499 Cleuza Lemes Cavalcanti, conforme Artigo Decimo Primeiro do
 500 Estatuto Social, letra "c" deixar de ter produção médica mensal
 501 compatível com sua condição de associado, nos termos deste Estatuto
 502 Social e do Regimento Interno, por período igual ou superior a 12
 503 (doze) meses. Após conhecimento, foi ratificado que será
 504 providenciada a devolução das cotas partes correspondentes.
 505 Atendendo ao **item oitavo** da pauta o Dr. Antonio Vendramin Filho
 506 Presidente da Assembleia, esclareceu que a Unimed Norte Pioneiro-
 507 PR, busca desde 2015 pela acreditação da RESOLUÇÃO
 508 NORMATIVA - RN Nº 277, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2011. Esta
 509 resolução institui o Programa de Acreditação de Operadoras de
 510 Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS, com o objetivo de
 511 incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde
 512 suplementar. Cientificou aos presentes sobre a demanda, no que
 513 tange a "Dimensão 2- Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede
 514 Prestadora", **Item: 2.8: A OPS possuem procedimentos documentados
 515 para verificação da renovação de certificados, diplomas e alvarás
 516 necessários ao funcionamento da rede prestadora, segundo a**



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
 PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
 11801296795. NIRE: 4140001091.
 UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
 SECRETÁRIA-GERAL
 CURITIBA, 10/04/2018
 www.empresafacil.pr.gov.br

517 *legislação estadual e federal, dentro do prazo de validade, e*
518 *condiciona a manutenção do credenciamento à atualização desses*
519 *documentos. Informado que para cumprir com essa exigência, foram*
520 *realizadas várias ações, sendo elas: Cobrança por meio de circular, e-*
521 *mail, correspondências individualizadas e visitas do Setor de*
522 *Relacionamento com o Cooperado. No entanto, de 166 (cento e*
523 *sessenta e seis) médicos cooperados (ativos), destes, somente 50%*
524 *(cinquenta por cento) estão com a documentação atualizada. Reforça*
525 *que após esgotadas todas as formas de solicitação para*
526 *regulamentação das documentações (cobrança por meio de circular,*
527 *e-mail, correspondências individualizadas e visitas do Setor de*
528 *Relacionamento) e com objetivo de preservar a segurança dos*
529 *pacientes, bem como a dos cooperados, que poderão responder por*
530 *falta dessas documentações, bem como da cooperativa que poderá*
531 *sofrer sanções pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS,*
532 *sugerido realizar retenção da produção para os casos nos quais os*
533 *profissionais não estiverem com a documentação em dia. Questionado*
534 *pelo Dr. Julio Sérgio Nicolli Soares, a partir de qual data será aplicada*
535 *as sanções aos Cooperados, apontando pelo Dr. Antonio Vendramin*
536 *Filho que será de imediato. Questionado também pelo Dr. Leonardo*
537 *Fleury Orlandini se os documentos das Clinicas Pessoa Juridica,*
538 *possuem validade para o médico Pessoa Física. Esclarecido pelo Dr.*
539 *Antonio Vendramin Filho, que os documentos da Pessoa Juridica*
540 *também atendem ao solicitado. Nesse momento, foi colocado em*
541 *discussão, sendo acatado por unanimidade. Atendendo ao item nono*
542 *da pauta o Dr. Antonio Vendramin Filho Presidente da Assembleia*
543 *solicitou da assembleia, a indicação de uma comissão para aprovação*
544 *da ata desta Assembleia e de todos os demais atos praticados pela*
545 *Diretoria Executiva, até presente data com a assinatura da presente,*
546 *cujos nomes, estão abaixo descritos. Sem mais nada a tratar o senhor*
547 *Presidente, Dr. Antonio Vendramin Filho, agradeceu a todos e deu por*
548 *encerrada a presente Assembleia cuja ata será impressa e assinada*
549 *em 03 (três) vias de igual teor pela comissão ora indicada pela*
550 *Assembleia, pela Diretoria Executiva, pelo Presidente "Ad hoc" e*
551 *Secretário "Ad hoc", e esta ata, lavrada por Maria Angélica de*
552 *Camargo Arendt Nunes Secretária, depois de lida e aprovada, será*
553 *assinada pelos presentes. **Comissão indicada pela Assembleia:***
554 *Dr. Adriano Carvalho Guimarães*
555 *Dr. Dirceu Bernardes*
556 *Dr. Heber de Medeiros Rodrigues*
557 *Dra. Paula Nicolli Soares*
558 *Dr. Luiz Carlos Guidio Filho*
559 *Dr. Fabio Henrique Bittencourt Gonçalves*

[Handwritten signatures and initials on the right margin]



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

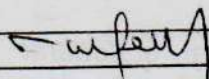

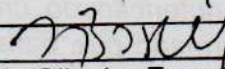

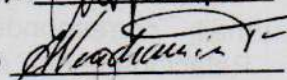
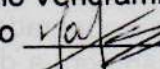

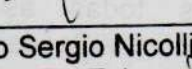
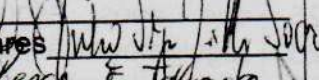

ANS - nº 366064

Unimed
Norte Pioneiro

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
NIRE nº 4140000109-1 // CNPJ nº 78.953.023/0001-08
Ata da 32ª Assembleia Geral Ordinária

Unimed 
Norte Pioneiro-PR

112

560	Dr. Nilton José de Souza	
561	Dr. Jorge Ferreira Filho	
562	Dr. José Roberto Boselli Junior	
563	Dra. Miriam Aparecida Jespersen de Oliveira Franco	
564	Jacarezinho(PR), 27 de março de 2018.	
565	Diretoria Executiva: Dr. Antonio Vendramin Filho	
566	Dr. Mário Alberto Hartog Pombo	
567	Dr. Rogério Veloso de Abreu	
568	Dr. Wiliam Romão de Oliveira	
569	Presidente "Ad hoc": Dr. Júlio Sergio Nicolli Soares	
570	Secretário "Ad hoc": Dr. Renan Eiji Tokumoto	



JOSÉ ARTHUR RITTI - TABELIÃO

Rua Rui Barbosa, 777 - Sto. Antônio da Platina - Paraná
Fone:(43)3534-3634

Selo nº K4otU.G7MaD.HzC6x, Controle: UpIfe.o88Vh
Consulte esse selo em <http://funarpen.com.br>

Reconheço por Semelhança a assinatura de **JULIO SERGIO NICOLLI SOARES**. Dou fé 28 de março de 2018.

Em Teste da Verdade

Rosana Aparecida Murba dos Santos-Escrevente

Rosana Aparecida Murba dos Santos
Escrevente Juramentada

TABELIÃO

TUA 1º TABELIONATO DE NOTAS DE JACAREZINHO/PR
RUA D. FERNANDO TADDEY 670 CENTRO FONE (41) 3527 1721 JACAREZINHO PR

Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura de **RENAN EIJI TOKUMOTO**. Dou fé Jacarezinho-PR 28 de março de 2018 - 16:38:55h.
Em Teste da Verdade
Rafael Ramos Vasconcelos - Escrevente
Cof. Segurança F69YBGUGK-47388-1



CERTIFICO O REGISTRO EM 10/04/2018 16:37 SOB Nº 20181271729.
PROTOCOLO: 181271729 DE 10/04/2018. CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO:
11801296795. NIRE: 41400001091.
UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO



Libertad Bogus
SECRETÁRIA-GERAL
CURITIBA, 10/04/2018
www.empresafacil.pr.gov.br

A validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais. Informando seus respectivos códigos de verificação

S.4 ALB 000113
+

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

Localizando a operadora você pode localizar o plano de saúde por ela registrados na ANS. Basta digitar o número do registro do plano ou apenas digitar parte do nome do seu plano.

Por exemplo digite "especial, "top" ou parte do nome do plano e o sistema localizará todos os planos com a característica.

Código Operadora	366064
CNPJ	78.953.023/0001-08
Razão Social	UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Logradouro	RUA DOS EXPEDICIONARIOS
Número	337
Complemento	-
Bairro	CENTRO
Cidade	Jacarezinho
UF	PR
CEP	86.400-000
Situação	Ativa
Total de Beneficiários	13.651 - Competência : Maio/2018

Para localizar seu plano de saúde, preencha pelo menos um dos campos abaixo:

Nome do Plano

Código do Plano

Você Procurou por: **Planos iniciando com código 476240**

Foram encontrados **1 planos** com os dados que você informou. Selecione uma delas clicando no número do registro na listagem abaixo.

Cod. do Plano	Nome do Plano	Contratado até 01/01/99
476240161	PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR-APART + OBSTR	

000000



Planos da Operadora
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/consultar-
dados)

Qualificação ANS
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/qualificacao-ans)

Índice de Reclamações
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/indice-de-
reclamacoes)

Acreditação de
Operadoras (/planos-
de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/acreditacao-de-
operadoras)

Operadoras em
Regime Especial de
Liquidação ou Falência
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/operadoras-em-
regime-especial-de-
liquidacao-ou-falencia)

Índice de Efetivo
Pagamento ao
Ressarcimento ao SUS
(antigo Índice de
Adimplência de
Ressarcimento ao
SUS) (/planos-de-
saude-e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/indice-de-
efetivo-pagamento-ao-
ressarcimento-ao-sus-

Plano selecionado

Nome Comercial	PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR APART + OBSTR
Número do Registro / Código do Plano	476240161
Operadora	UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - 36606-4
Comercialização	Liberada
Tipo de Plano	Novo
Tipo de Contratação	Coletivo empresarial
Acomodação	Individual
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria
Fator Moderador	Co-participação
Abrangência Geográfica	Estadual

Abrangência Geográfica do Plano

O mapa do Brasil mostra em verde os estados onde o plano possui cobertura. Caso a abrangência geográfica do plano seja Municipal ou Grupo de Municípios, selecione um dos estados para conferir os municípios cobertos



211000

OPERADORAS COM REGISTRO NA ANS

Localizando a operadora você pode localizar o plano de saúde por ela registrados na ANS. Basta digitar o número do registro do plano ou apenas digitar parte do nome do seu plano.

Por exemplo digite "especial, "top" ou parte do nome do plano e o sistema localizará todos os planos com a característica.

Código Operadora **366064**
 CNPJ **78.953.023/0001-08**
 Razão Social **UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**
 Logradouro **RUA DOS EXPEDICIONARIOS**
 Número **337**
 Complemento **-**
 Bairro **CENTRO**
 Cidade **Jacarezinho**
 UF **PR**
 CEP **86.400-000**
 Situação **Ativa**
 Total de Beneficiários **13.651 - Competência : Maio/2018**

Para localizar seu plano de saúde, preencha pelo menos um dos campos abaixo:

Nome do Plano
 Código do Plano

Você Procurou por: **Planos iniciando com código 476239**

Foram encontrados **1 planos** com os dados que você informou. Selecione uma delas clicando no número do registro na listagem abaixo.

Cod. do Plano	Nome do Plano	Contratado até 01/01/99
476239168	PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR ENFER + OBSTR	

000117

000116

+

Planos da Operadora
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/consultar-
dados)

Qualificação ANS
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/qualificacao-ans)

Índice de Reclamações
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/indice-de-
reclamacoes)

Acreditação de
Operadoras (/planos-
de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/acreditacao-de-
operadoras)

Operadoras em
Regime Especial de
Liquidação ou Falência
(/planos-de-saude-
e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras
/operadoras-em-
regime-especial-de-
liquidacao-ou-falencia)

Índice de Efetivo
Pagamento ao
Ressarcimento ao SUS
(antigo Índice de
Adimplência de
Ressarcimento ao
SUS) (/planos-de-
saude-e-operadoras
/informacoes-
e-avaliacoes-de-
operadoras/indice-de-
efetivo-pagamento-ao-
ressarcimento-ao-sus-

Plano selecionado

Nome Comercial	PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR ENFER + OBSTR
Número do Registro / Código do Plano	476239168
Operadora	UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO - 36606-4
Comercialização	Liberada
Tipo de Plano	Novo
Tipo de Contratação	Coletivo empresarial
Acomodação	Coletiva
Segmentação Assistencial	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria
Fator Moderador	Co-participação
Abrangência Geográfica	Estadual

Abrangência Geográfica do Plano

O mapa do Brasil mostra em verde os estados onde o plano possui cobertura. Caso a abrangência geográfica do plano seja Municipal ou Grupo de Municípios, selecione um dos estados para conferir os municípios cobertos



000118



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
Tel. (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009


000117
x


DECLARAÇÃO

UNIMED NORTE PIONEIRO – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, Cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR – Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 255, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 36606-4, registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 4140000109-1, Inscrição Estadual – ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78.953.023/0001-08, com sede na Rua dos Expedicionários, 337, Centro, em Jacarezinho/PR, CEP: 86.400-000, tel.: (43) 3511-2000, SAC: 0800-414554, SAC Deficientes Auditivos / Fala: 0800-6422009, endereço eletrônico: unimed@unimednortepioneiro.com.br, declara, para fins de licitação junto à Prefeitura Municipal de Andirá, que não possui em seu quadro de pessoal, menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 (dezesseis) anos, em qualquer tipo de trabalho.

Por ser verdade, firmamos a presente

Jacarezinho-PR., 29 de Junho de 2018.


Unimed Norte Pioneiro Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ 78.953.023/0001-08
Dr. Antonio Vendramin Filho
Diretor Presidente


Unimed Norte Pioneiro Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ 78.953.023/0001-08
Dr. Rogério Veloso de Abreu
Diretor Superintendente



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
T. (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009

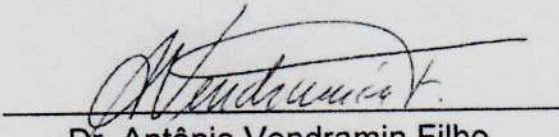
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 006/2018

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE INEXISTENCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A Unimed Norte Pioneiro – Cooperativa de Trabalho Médico, Operadora de Plano de Saúde, registrada na ANS sob n 36.606-4, CNPJ nº 78.953.023/0001-08, com sede na rua Dos Expedicionários, 337, Centro em Jacarezinho - PR por intermédio de seu representante legal, Dr. Antônio Vendramin Filho DECLARA perante a Lei, que até a presente data, inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo de credenciamento conforme chamamento publico nº 006/2018, emitido pela Prefeitura Municipal de Andirá, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Jacarezinho (PR), 04 de julho de 2018.



Dr. Antônio Vendramin Filho
Diretor Presidente

UNIMED NORTE PIONEIRO – Cooperativa de Trabalho Médico

811000

000119

5.53



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800 41 4574 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES,
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.**

REGISTRO 476.240/16-1

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR INDIVIDUAL
(APARTAMENTO)**

COPARTICIPATIVO

COLETIVO EMPRESARIAL

PLANO ESTADUAL UNIMED

RESUMIDA

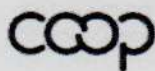
2018



www.unimednorte.com.br
Rua das Expedicionárias, 337
85406-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 542 2009

SUMÁRIO

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – CONTRATADA.....	3
b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	3
c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	3
d) TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO	4
e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	4
f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	4
g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	4
h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	4
i) FORMAÇÃO DO PREÇO.....	4
j) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....	4
TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	5
TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	5
TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	7
TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	15
TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	17
TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	17
TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	18
TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	23
TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	24
TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	27
TEMA XII – REAJUSTE.....	28
TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS.....	30
TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS.....	31
TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	31
TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	35
TEMA XVII – RESCISÃO / SUSPENSÃO	36
TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS	37
TEMA XIX – ELEIÇÃO DO FORO	38



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

“Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.”
Roberto Rodrigues

ANS nº 36606-4



**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES,
 SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.**

**COLETIVO EMPRESARIAL ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL (APARTAMENTO) - COM
 OBSTETRÍCIA COPARTICIPATIVO**

ADQUIRIDO ATRAVÉS DA PROPOSTA DE ADESÃO NÚMERO:

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA - CONTRATADA

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, Cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR – Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 255, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob nº 36606-4, registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 4140000109-1, I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78.953.023/0001-08, com sede na Rua dos Expedicionários, 337, Centro, em Jacarezinho/PR, CEP: 86.400-000, tel: (43) 3511-2000, SAC: 0800-414554, SAC Deficientes Auditivos / Fale: 0800-6422009, endereço eletrônico: unimed@unimednortepioneiro.com.br. Neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Antônio Vendramin Filho, brasileiro, casado, médico, CRM - PR nº 7799, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho - PR, portador do RG sob nº 5.172.534 SSP-SP, CPF sob nº 776.780.448-87, e por seu Diretor Superintendente, Dr. Rogério Veloso de Abreu, brasileiro, casado, médico, CRM - PR nº 8870, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho - PR, portador do RG sob nº 5.057.735 SSP-RJ, CPF sob nº 617.794.827-87, designada neste ato como CONTRATADA.

b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

, doravante denominada CONTRATANTE.

c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

c.1 **NOME COMERCIAL DO PLANO:** PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR APART + OBSTR

c.2 **NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS:** **476.240/16-1**



Associação Unimed Norte Pioneira do Estado do Paraná
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jaczevirinha-PR
F: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2923
SAC 0800 41 4554, Deficientes Auditivos 0800 642 2000

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

d.1 COLETIVO EMPRESARIAL COM COPARTICIPAÇÃO.

PARÁGRAFO ÚNICO - Entende-se como Plano de Assistência à Saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

e.1 AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE

f.1 Abrangência geográfica do presente contrato é **ESTADUAL**, em todo o território do estado do **PARANÁ**, dentro do **SISTEMA UNIMED**.

g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

g.1 EM TODO O ESTADO DO PARANÁ.

h) PADRÃO DE ACOMODACÃO EM INTERNAÇÃO

h.1 INDIVIDUAL (APARTAMENTO).

h.2 Apartamento Standard: Aposento individual com banheiro privativo e acomodação para acompanhante

i) FORMAÇÃO DO PREÇO

i.1 PRÉ-ESTABELECIDO (**PRÉ-PAGAMENTO**).

j) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

j.1 NÃO SE APLICA



TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656, de 3 de junho de 1998, 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 na época do evento, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, **observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.**
- 1.2. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, conforme disposto nos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1. Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender às condições de admissão e prazos abaixo especificados:
- a) Não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;
 - b) Apresentar à CONTRATADA o contrato social com a última alteração, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo empresarial e a relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;
 - c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:
 - c1. Contrato e termo de concordância com a proposta comercial;
 - c2. Planilha de movimentação cadastral;
 - c3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de adesão a este contrato for inferior a 30 (trinta) beneficiários **OU CASO O**



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T. (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
C.A.C. 0800 41 4554-1000 - Santos 0800 642 2009

BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE ADESÃO AO PLANO DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE;

- c4. Declaração de opção de Cobertura Parcial Temporária - CPT (quando for o caso);
 - c5. Cópia do RG, CPF, Certidão de Nascimento, Certidão Casamento ou Declaração de União Estável, Cartão Nacional do SUS, Título de Eleitor, cartão de Nascimento (Apgar para filhos menor de 7 anos) e comprovante de residência dos beneficiários inscritos;
 - c6. Declaração comprovando vínculo empregatício dos beneficiários titulares inscritos.
- d)** A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através da planilha de movimentação cadastral, podendo incluir ou excluir beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão, bem como as condições estabelecidas no tema XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

PARÁGRAFO ÚNICO - Fica estabelecido que a movimentação de beneficiários supracitada é de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE

2.2. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas a Pessoa Jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, bem como os sócios, administradores, trabalhadores temporários e menores aprendizes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- c) o enteado, a criança ou adolescente, solteiro, até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, sob guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes.



www.unimednordestepr.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
T. (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC 0800 41 4534 Deficientes auditivos 0800 642 2009

2.2.1. 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 preexistente, 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 titular tenha cumprido as carências contratuais.

2.2.2. 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 preexistentes, desde que inscrito até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção, mediante apresentação do respectivo termo.

2.2.3. Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário, nos moldes estabelecidos no Tema XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

2.2.4. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de elegibilidade de titulares e dependentes.

2.2.5. É obrigação e responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, com nomes e qualificação completa, inclusive, número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros, sob pena de infração contratual.

2.2.6. Fica a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares, sempre que demandado.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. **A CONTRATADA assegurará** aos beneficiários inscritos no presente plano, **os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E**



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2003
SAC: 0800-41-4554 Dificuldades em 24h: 0800-642-2009

LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados no tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS, 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 a área de abrangência do plano contratado, assegurada independentemente do local de origem do evento, conforme segue:

- 3.1.1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.
- 3.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, quando realizados em ambiente hospitalar.
- 3.1.3. Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 24 (vinte e quatro) e 48 (quarenta e oito reais) consultas/ sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

PARÁGRAFO ÚNICO. Para as patologias não mencionadas na diretriz de utilização da norma supracitada, fica garantida a cobertura até o limite de 12 (doze) consultas ou sessões por ano contratual.

- 3.1.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 18 (dezoito), 12 (doze) ou 6 (seis) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constantes no ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**



3.1.5. Cobertura de consulta e sessões com terapeuta ocupacional, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) ou 12 (doze) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada**, atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações**.

3.1.6. Cobertura de psicologia, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) sessões por ano contratual**, atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações**.

3.1.7. Cobertura de psicoterapia, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 18 (dezoito) sessões por ano contratual**, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo quanto por médico devidamente habilitado, atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA N° 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações**.

3.1.8. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.1.9. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais;
- b) 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, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como hospitais, clínicas, ou ambulatórios;**



www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jaceguai-MS
F (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2023
540 0800 41 4554 Debitantes 0800 542 2009

- c) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para o segmento ambulatorial;
- d) 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 de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.10. Cobertura de cirurgia refrativa - PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

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

3.1.11. 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, caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior, ou faça qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

3.1.12. 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.



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

10
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS nº 36606-4



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua das Expedicionárias, 137
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4514 Deficientes auditivos 0800 642 2009

3.1.13. 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 aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente.

3.1.14. Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caso haja indicação clínica.

3.1.15. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, quando em atendimento coberto.

3.1.16. 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.**

3.1.17. Cobertura de remoção terrestre inter-hospitalar do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro do Estado do Paraná.

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.

3.1.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:**

- 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, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do**



Unimed Norte Pioneiro-PR
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2830 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas ou ambulatórios;

- c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para os segmentos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- h) radiologia intervencionista **prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;**
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;**
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.1.19. 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, bem como a cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

3.1.20. 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.**

3.1.21. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e convencional.

3.1.22. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, 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

x



www.unimednorte.pioneiro.com.br
 Rua dos Expedicionários, 137
 86400-900 Jacareinho-PR
 T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4554 Deficientes Auditivos: 0800 542 2009

medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.1.23. 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, excluídos os honorários do cirurgião dentista e materiais odontológicos, com cobertura de exames complementares **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.1.24. Cobertura de transplante de Medula, Rins e Corneas, bem como as 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 e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção;**
- d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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.

3.1.25. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

3.1.25.1. Nível Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

13
"Cooperativismo: caminho à democracia e à paz."
Roberto Rodrigues

ANS nº 36606-4



Unimed Norte Pioneiro - Cooperativa de Saúde
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 SAC: 0800-41-4554 (De 8h às 18h) ou 0800-642-2009

- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.1.25.2. Nível Hospitalar: fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, em prestador credenciado, cabendo ao CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO o pagamento de coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela CONTRATADA.

3.1.26. Cobertura dos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

3.1.27. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II DO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015, e suas atualizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

3.1.27.1. Cobertura de despesas de alimentação fornecida pela entidade hospitalar para acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

3.1.28. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto autorizado pela CONTRATADA, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT. Ultrapassado o prazo estabelecido (30 dias), caso o recém-nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto no tema II - **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**, cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, sendo respeitado as carências previstas no tema III - **COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**.



unimednorte@unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
 SAC 0800 41 4504 Deficientes auditivos 0800 642 2009

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regulamentadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso off-label);
- b) Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses, próteses e sínteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- c) Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, 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, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- f) Fornecimento de medicamentos, materiais, órteses, próteses, sínteses e produtos importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- g) 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 ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios);
- h) Fornecimento de próteses, órteses, sínteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese, qualquer material



www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua das Expedicionárias, 337
86400-000 Jacareinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC 0800-41 4554 (horários comerciais) 0800 642 2009

- permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxiliem as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- i) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
 - j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
 - k) Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de Córnea, Rim e de Medula listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
 - l) Consultas em domicílio, Cuidadores que prestam cuidados em domicílio, Internações e demais atendimentos domiciliares (home care), mesmo em caráter de urgência e emergência.
 - m) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 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;
 - n) Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações.
 - o) Procedimentos realizados fora do Estado do Paraná, exceto em casos de urgência e emergência, quando for comprovadamente impossível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados do Sistema Unimed;
 - p) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
 - q) Serviços telefônicos, produtos de toalete e higiene pessoal 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;
 - r) Todos os procedimentos enquanto não cumpridas as carências respectivas, excetos nos casos de urgência e emergência;
 - s) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, hospitais e serviços não pertencentes à rede básica do Sistema Unimed;
 - t) Fornecimento e aplicação de vacinas preventivas;
 - u) Casas sociais e clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

16
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS nº 36606-4



www.unimed.com.br
 Rua dos Expedicionários, 137
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009

- v) **Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;**
- w) **Investigação de paternidade, maternidade ou consanguidade;**
- x) **Necrópsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exames para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral;**
- y) **A prestação de serviços de Medicina Ocupacional;**
- z) **Serviços Credenciados de outras Unimed's classificados como Rede Especial ou Master.**

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura do mesmo, ou em outra data acordada entre as partes, por meio de Aditamento Contratual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordinar-se ao recebimento do respectivo formulário cadastrado pela CONTRATADA, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento para o seu ingresso.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrados a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

PARÁGRAFO QUARTO - Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano, conforme disposto no Parágrafo Primeiro deste tema.

5.2 Este contrato vigorará por no mínimo 12 (doze) meses, e no silêncio das partes prorrogar-se-á automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários, DESDE QUE O BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS CONTADOS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DE SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE.



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86406-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3531-2000 Fax: (43) 3531-2023
SAC: 0800-41-4554 Unimediza: audifoneo 0800-542-2009

6.2. Para que possam usufruir dos serviços garantidos neste contrato, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo indicados, contados da data de seu ingresso no plano:

- a) Urgência e Emergência - 24 horas, observado o disposto no **tema VIII - Urgência e Emergência, adiante mencionado;**
- b) **30 (trinta) dias para consultas médicas e métodos diagnósticos laboratoriais; tonometria, citopatológico e eletrocardiograma;**
- c) **90 (noventa) dias, para procedimentos de reabilitação física, acupuntura, fisioterapia e outros exames, exceto os relacionados na letra "d" abaixo;**
- d) **180 (cento e oitenta) dias, para procedimentos clínicos e cirúrgicos, seja em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;**
- e) **180 (cento e oitenta) dias, para consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo;**
- f) **300 (trezentos) dias, para parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.**

6.3. A utilização de serviços contratados durante o período de carência, fora das coberturas definidas neste contrato, implica em dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já, reconhecido como dívida líquida e certa pelo CONTRATANTE sendo passível de execução forçada.

TEMA VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.896/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas atualizações.



www.cooperativismo.org.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

PARÁGRAFO SEGUNDO - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.2. 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 CONTRATADA, 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 CONTRATADA, 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 sofrido 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.

7.3. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.4. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal ou constatadas na perícia.

7.5. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia





www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
85400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Atendimento médico: 0800 542 2009

e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.6. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos limites deste contrato, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.7. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.8. Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

PARÁGRAFO ÚNICO - A CONTRATADA 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.

7.9. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

PARÁGRAFO ÚNICO - Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.



www.unimednorte.pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
T (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2023
SAC 0800 41 45 04 Deficientes auditivos 0800 642 2009

7.10. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.11. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.12. Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. **URGÊNCIA** são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

8.2. **EMERGÊNCIA** são os atendimentos definidos como aqueles que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

8.3. É assegurada a cobertura para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, após 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário, limitado até 12 (horas) de atendimento.

8.4. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão até a alta do paciente, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
89400-000 Jacarezinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 De deficientes 0800 642 2009

- 8.6. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.
- 8.7. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário, dentro do ESTADO DO PARANÁ, nas seguintes situações:
- Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para a unidade hospitalar própria ou contratada mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento**, sem ônus;
 - Depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS**;
 - Depois de realizar os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, limitado a 12 (doze) horas, fora da Área de Atuação deste contrato, poderá a CONTRATADA, **REMOVER** o paciente para a sua Rede Credenciada, dentro dos limites deste contrato, ou seja, dentro do Estado do Paraná.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A remoção para outro hospital a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância (simples/avançada) com os recursos necessários solicitados pelo médico assistente, a fim de garantir a manutenção da vida.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Nos casos de remoção previstos no item "b" e "c" do caput, quando não possa haver remoção por risco de vida, 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 CONTRATADA desse ônus.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" e "c" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

- Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

22
"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS nº 36606-4



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho - PR
T. (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4574 Deficientes auditivos 0800 642 2009

sua remoção para outro estabelecimento credenciado, desde que solicitado pelo médico assistente.

- 8.8. É garantido o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência, quando for comprovadamente impossível da utilização do beneficiário aos serviços próprios, contratados ou credenciados**, desde que respeitada a área de abrangência geográfica dentro do ESTADO DO PARANÁ, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

PARÁGRAFO ÚNICO - O reembolso será efetuado **de acordo com a TABELA DE REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA vigente na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e de acordo com os preços médios de mercado, para materiais e medicamentos**, considerando o prazo **de até 30 (trinta) dias da entrega completa dos documentos originais abaixo relacionados:**

- relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data de alta hospitalar;
- conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas e recibos do hospital;
- 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;
- comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

8.8.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 NÃO SE APLICA



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
26400-000 Jocaerejóno-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 (atendimento) ou 0800 642 2009

TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários e o **CONTRATANTE** devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

10.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, de acordo com os valores praticados na TABELA REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA, após a realização dos procedimentos, nas condições abaixo.

10.1.1. FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTES CONTRATOS, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 102,20 (CENTO E DOIS REAIS E VINTE CENTAVOS) POR PROCEDIMENTO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Não Haverá coparticipação nos procedimentos decorrentes com diálise peritoneal, hemodiálise, radioterapia, quimioterapia, hospital dia e internações clínicas e cirúrgicas (internados acima de 12 (doze) horas).

PARÁGRAFO SEGUNDO – A coparticipação será cobrada por procedimento realizado e NÃO POR AMOSTRA, ou seja, em um exame de sangue, por exemplo, hemograma, glicemia, creatinina, entre outras, retira-se uma amostra para realização de exames, mas é possível realizar vários exames/procedimentos. Nesta hipótese a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos, conforme no exemplo do hemograma, glicemia, creatinina, entre outros realizados na amostra.

10.1.2. Na internação psiquiátrica de beneficiários, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no tema III – **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, haverá controle mediante coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, observados os valores praticados pela CONTRATADA.

10.1.3. Para portadores de quadro de intoxicação ou abstinência, provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química, ou necessitem de hospitalização.



www.unimednor.pioneiro.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacarezinho-PR
 T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
 SAC: 0800 41 45 54 Deficientes auditivos: 0800 642 2089

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As internações referidas neste artigo estão sujeitas a coparticipação pecuniária no total das despesas, de acordo com o número de dias de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência deste contrato, para o respectivo paciente, nos seguintes termos:

- a) 01 (um) a 15 (quinze) dias, não haverá coparticipação;
- b) 16 (dezesesseis) a 30 (trinta) dias, coparticipação de 50% (cinquenta por cento);
- c) 31 (trinta e um) a 45 (quarenta e cinco) dias, coparticipação de 70% (setenta por cento);
- e,
- d) Acima de 45 (quarenta e cinco) dias, coparticipação de 90% (noventa por cento).

PARÁGRAFO SEGUNDO – Não terão coparticipação os medicamentos de uso contínuo, ministrados durante o período dos 15 (quinze) primeiros dias de internação.

10.2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários inscritos no plano o cartão individual de identificação 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 – Em caso de exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, **sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.**

PARÁGRAFO SEGUNDO – Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente à CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão da segunda via do cartão é de R\$ 20,00 (vinte reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas no tema XII – REAJUSTE.

10.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

- a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, 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**





www.unimednortepr.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800-41-4554 Site: www.unimedpr.com.br SAC: 0800-642-2009

integram a rede prestadora de serviços, mediante apresentação da Guia de Solicitação de Serviços da Unimed com autorização prévia da CONTRATADA;

- c) Os 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, com autorização prévia da CONTRATADA;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A Autorização Prévia de que trata as alíneas 'b' e 'c', será fornecida no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, 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 da internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena de a CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os beneficiários com idade igual ou mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos, têm prioridade nos atendimentos em relação aos demais beneficiários.

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 de alto custo discriminados no tema XVIII - Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed do Estado do Paraná, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico Eletrônico.

PARÁGRAFO QUINTO - Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9.656/98, com comunicação prévia nos casos de substituição da rede hospitalar ou autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos casos de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO: A CONTRATADA 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-perito desempatador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, **tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências**, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86406-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009

TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos, acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO, eventualmente devidos, a qual será calculada sobre os valores praticados na **TABELA REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA** vigente na data do evento.

PARÁGRAFO ÚNICO - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA as mensalidades de seus beneficiários inscritos neste contrato, conforme valores discriminados na Proposta de Adesão, acrescidos dos eventuais valores cobrados a título de coparticipação, os quais se submetem aos reajustes e revisões previstos no presente instrumento.

11.2. As mensalidades e as coparticipações previstas no tema X – **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**, serão pagas pelo CONTRATANTE até seus respectivos vencimentos, conforme acordado entre as partes, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.

PARÁGRAFO ÚNICO - Nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da lei 9.656/98, bem como no caso de entes da administração pública direta ou indireta, as mensalidades e as coparticipações previstas no tema X – **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**, serão de responsabilidade CONTRATANTE.

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

11.4. Na hipótese do responsável pelo pagamento não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite às consequências de mora.

11.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor em atraso.

11.6. Se houver dúvidas quanto às informações dos valores devidos a título de coparticipação (quando devidos), o responsável pelo pagamento poderá solicitar à CONTRATADA os esclarecimentos necessários.

11.7. Por se tratar 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



www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T. (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
SAC 0800-41 4554 (de 9h às 18h) ou 0800 642 2009

inadimplência, permanecerá o CONTRATANTE responsável pelo pagamento das respectivas parcelas.

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

TEMA XII – REAJUSTE

12.1 Este contrato integrará o agrupamento de contratos quando o número de beneficiários for inferior a 30 (trinta) vidas, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, de 24 de outubro de 2012 e suas atualizações.

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

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

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

12.1.4. Se este contrato não for agrupado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.3.

12.1.5. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico desta operadora, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC – Reajuste de Planos Coletivos, e seus respectivos planos, com número de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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

12.2.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades, a tabela de preços, o limite máximo da coparticipação e a segunda via de cartão de identificação previsto no item 10.1.1, 10.2 respectivamente, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.



www.unimednorte.pioneiro.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

12.2.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 30 (trinta) beneficiários, este será reavaliado, nos termos descritos a seguir:

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas pela variação acumulada nos últimos 12 (doze) meses.

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 considerar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2.2., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

12.3. O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do contrato não agregado ao agrupamento, ou seja, acima de 30 vidas, observará o disposto neste item.

12.3.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades, a tabela de preços, o limite máximo da coparticipação e a segunda via de cartão de identificação previsto no item 10.1, 10.2 respectivamente, serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado). Divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

12.3.2. 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 da carteira ultrapassar o índice de 75% (setenta e cinco por cento) (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas pela variação acumulada nos últimos 12 (doze) meses.

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

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



www.unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86406-000 Jacareizinho-PR
 T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4554 ou Call Center audição: 0800 642 2009

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 12.3.2, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

12.6. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

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

TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito.

PARÁGRAFO ÚNICO - 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 abaixo:

- a) De 0 até completar 18 (dezoito) anos de idade..... 0,00%
- b) Ao completar 19 (dezenove) anos de idade..... 21,25%
- c) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade..... 19,69%
- d) Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade..... 22,81%
- e) Ao completar 34 (trinta e quatro) anos de idade..... 13,70%
- f) Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade..... 12,25%
- g) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade..... 15,17%
- h) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade..... 24,39%



www.unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho - PR
 T. (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
 SAC 0800-41-4514 Deficientes Auditivos 0800-642-2009

- i) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade..... 29,28%
 j) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade..... 41,80%

13.2. 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.

13.3. 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.

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

TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS

14.1 Os e ou descontos serão concedidos pela CONTRATADA de acordo com o número de beneficiários constantes ativos neste contrato, conforme tabela abaixo:

- a. De 01 (um) a 10 (dez) beneficiários.....0%
 b. De 11 (onze) a 50 (cinquenta) beneficiários.....10%
 c. De 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) beneficiários.....15%
 d. De 101 (cento e um) a 300 (trezentos) beneficiários.....20%
 e. De 301 (trezentos e um) a 500 (quinhentos) beneficiários.....25%
 f. Acima de 500 (quinhentos) beneficiários.....30%

PARÁGRAFO ÚNICO – Havendo redução na quantidade de beneficiários, na vigência deste contrato, automaticamente haverá também a redução dos descontos concedidos, seguindo a mesma regra acima na proporção dos números de beneficiários.

TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15. Seguem abaixo regras diferenciadas asseguradas pela legislação aos contratos coletivos:

15.1. DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA



www.unimednorte.pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareinho-PR
T (41) 3533-2000 Fax (41) 3533-2023
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 542 2009

15.1.1. No caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado ao beneficiário titular, que tenha contribuído financeiramente para o plano antes da extinção do vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades dos beneficiários a serem mantidos na condição de inativos.

PARÁGRAFO ÚNICO - O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição, observando-se o mínimo de 06 (seis) meses e o máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

15.2. APOSENTADOS

15.2.1. É assegurado ao beneficiário aposentado que, em decorrência de vínculo empregatício, contribuiu para o plano de saúde, o direito de manutenção da qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava, por ocasião da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das mensalidades dos beneficiários a serem mantidos na condição de inativos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Ao beneficiário que tenha contribuído por 10 (dez) anos ou mais, o período de manutenção na condição de inativo será por prazo indeterminado, enquanto vigente o presente contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Ao beneficiário que tenha contribuído por período inferior a 10 (dez) anos, o período de manutenção na condição de inativo será à razão de um ano para cada ano de contribuição, enquanto vigente o presente contrato.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Considera-se como aposentadoria a do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

PARÁGRAFO QUARTO - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário inativo, conforme regras definidas neste item, sendo considerado, para tanto, o momento do seu desligamento efetivo.

15.3. DISPOSIÇÕES COMUNS A DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E AOS APOSENTADOS

15.3.1. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da



www.unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 542 2009

MENSALIDADE de seu plano de saúde oferecido pela CONTRATANTE em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito de manutenção na condição de inativo, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano de saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A contribuição do empregado para planos de saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada para o cálculo do tempo de permanência na condição de inativo.

15.3.2. A garantia prevista neste tema não exclui vantagens obtidas decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

15.3.3. É garantida a extensão do benefício ao grupo familiar inscrito durante a vigência do contrato de trabalho, bem como a inclusão de novo cônjuge e filhos do beneficiário titular no período de manutenção da condição de beneficiário inativo.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A manutenção da condição de beneficiário pode ser exercida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Será garantida a permanência na condição de inativos aos dependentes já inscritos, em caso de morte do beneficiário titular.

15.3.4. Compete à CONTRATANTE comunicar o ex-empregado de forma inequívoca, no ato da rescisão, sobre o direito à manutenção da condição de beneficiário inativo, a ser exercido num prazo de 30 (trinta) dias contados da extinção do contrato de trabalho, sendo formalizado, por escrito, ao titular, questionamento quanto ao seu interesse de permanência no plano, comunicando a decisão do beneficiário à CONTRATADA.

15.4. DA EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO



www.unimed.org.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800-41-4554 (horário comercial) 0800-642-2009

15.4.1. Em alusão ao direito do empregado aposentado ou demitido, ou exonerado sem justa causa, a CONTRATADA somente analisará a solicitação de exclusão de beneficiário titular que contemplar as seguintes declarações da CONTRATANTE:

- a) Se o empregado contribuiu para o plano de saúde;
- b) O motivo da extinção do contrato de trabalho;
- c) Se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;
- d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano; e
- e) Se o beneficiário optou pela manutenção do plano ou se recusou a manter esta condição.

PARÁGRAFO ÚNICO - Enquanto não forem prestadas as informações formais requeridas neste tema, o beneficiário titular e eventuais dependentes **permanecerão na condição de vínculo ativo.**

15.5. EXTINÇÃO DA CONDIÇÃO DE INATIVO

15.5.1. O direito assegurado neste tema se extingue para o beneficiário titular e seus dependentes na ocorrência de qualquer das seguintes hipóteses:

- a) Não pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, desde que notificado previamente pela CONTRATADA até o 50º (quinqüagésimo) dia de inadimplência;
- b) Decurso do prazo previsto no parágrafo único do item 15.1 ou parágrafos do item 15.2;
- c) Admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego, sendo este considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; e
- d) Cancelamento, rescisão, resilição ou denúncia do presente contrato por qualquer das partes contratantes.

15.5.2. No caso de cancelamento, rescisão, resilição ou denúncia do presente contrato, é garantida a possibilidade de aquisição de plano na modalidade individual/familiar, com a absorção das carências já cumpridas.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os beneficiários devem fazer a sua opção pelo plano individual ou familiar, no prazo máximo de 30 dias após a extinção deste contrato.



www.unimednorpieneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jaciuzinho-PR
T. (41) 3511-2000 fax (41) 3511-2023
540 0800 41 4554 (Deficientes auditivos) 0800 642 2009

PARÁGRAFO SEGUNDO - É de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar aos beneficiários a extinção deste contrato, em tempo hábil para o cumprimento do prazo de opção acima mencionado.

15.5.3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de inativo, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora.

TEMA XVI - CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Serão excluídos do presente contrato, o beneficiário titular juntamente com seus dependentes, quando:

- a) perder o vínculo com a CONTRATANTE que lhe garante a condição de beneficiário do plano;
- b) por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação escrita remetida à CONTRATADA;
- c) permitir o uso indevido do cartão individual de identificação, seu ou de seus dependentes, seja por dolo ou culpa;
- d) os dependentes perderem a condição que lhe assegurou o direito de inscrição conforme tema II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO;
- e) o contrato for rescindido, conforme prevê o tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO; e,
- f) por fraude, assim considerada, entre outras circunstâncias, a utilização indevida do cartão individual de identificação, a omissão ou distorção de informações por parte da CONTRATANTE, ou pelo beneficiário, observado, no que couber, o tema II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.

16.2. A exclusão de beneficiários demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados por solicitação da CONTRATANTE dependerá da comprovação inequívoca da comunicação do direito de permanência na condição de inativos, desde que atendidos os requisitos dispostos nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

Parágrafo único. A exclusão dos beneficiários que optarem pela permanência na condição de inativos ocorrerá nas seguintes hipóteses:

- a) Decurso do prazo previsto para a sua permanência;
- b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou
- c) Pelo cancelamento do presente contrato pela CONTRATANTE.



www.unimednorte.pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T. (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
SAC 0800 41 455-4 DDD Jacareizinho 0800 642 2009

16.3. A CONTRATANTE deve informar as exclusões à CONTRATADA, que poderá estabelecer data limite para que surtam efeito no mês subsequente. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, as mensalidades e coparticipações, decorrentes de atendimentos prestados aos beneficiários vinculados a este contrato, caso não haja a devida comunicação dentro da data limite estipulado pela CONTRATADA.

TEMA XVII – RESCISÃO / SUSPENSÃO

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

17.2. O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado poderá ser denunciado pelas partes, por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

PARÁGRAFO ÚNICO - A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

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

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

- a) **Qualquer das partes infringir as cláusulas do presente instrumento;**
- b) **Ocorrer inadimplência das mensalidades ou coparticipações superior a 30 (trinta) dias, ininterruptos ou não, sendo opção da CONTRATADA a suspensão ou rescisão do contrato por inadimplência;**
- c) **Nas hipóteses de fraude contratual.**

17.5. **Em quaisquer das hipóteses de suspensão ou rescisão, havendo beneficiários em período de internação, compromete-se a CONTRATANTE a arcar integralmente com as respectivas despesas, até que ocorra a alta hospitalar do beneficiário inscrito neste contrato.**

17.6. Em caso de rescisão imotivada por parte da CONTRATANTE, requerida antes do período de 12 (doze) meses, será cobrado o valor de 50% (cinquenta por cento) das mensalidades restantes para se completar 12 (doze) meses.



www.unimednortepioneiro.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 São: 0800 41 4554 Deficientes Auditivos: 0800 642 2009

TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. REDE PRESTADORA DE SERVIÇO - A possibilidade de escolha dos beneficiários é restrita à 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 CONTRATADA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Por ser a CONTRATADA cooperativa integrante do Sistema Estadual Unimed, é possível que prestadores de serviços não relacionados no endereço eletrônico acima referido, tenham contrato de prestação de serviços com outras cooperativas médicas integrantes do Sistema Estadual Unimed, sem, contudo, pertencerem à rede credenciada do plano ora contratado.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Este plano não inclui quaisquer prestadores não integrantes da relação disponível no "site".

PARÁGRAFO ÚNICO - A listagem de Prestadores não integrantes da rede credenciada do plano ora contratado poderá ser alterada a qualquer momento pela CONTRATADA, razão pela qual deve ser sempre consultada a relação dos prestadores disponíveis para o plano, divulgada no site www.unimed.coop.br.

18.3. RECLAMAÇÕES ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

18.4. Fazem parte do presente contrato a Proposta Adesão, a Declaração de Saúde, Guia Médico, Manual do Cliente, o Guia de Leitura Contratual e a planilha de movimentação cadastrada.

PARÁGRAFO ÚNICO - É de responsabilidade da CONTRATANTE a distribuição do Guia de Leitura Contratual a todos os beneficiários titulares vinculados ao presente contrato.

18.5. A inserção de mensagens nos boletos das mensalidades e serviços ou correspondências anexas a esses, valerão para todos os fins de direito deste contrato, como intimação, Notificação do CONTRATANTE, a partir da data do pagamento dos referidos boletos.

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

18.7 A CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO autoriza a utilização da CID-10 - (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde) em



www.unimednortepioneirocooperativa.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
 SAC 0800-41 4554 Deficientes auditivos 0800-642 2009

documentos e impressos da UNIMED e concorda que as declarações prestadas pelo mesmo passem a fazer parte integrante deste contrato, ficando a ora CONTRATADA a utilizá-las (informações e CIDs) em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ou quebra de sigilo profissional.

TEMA XIX - ELEIÇÃO DO FORO

19.1 Fica eleito o foro do domicílio do (a) CONTRATANTE, para dirimir quaisquer dúvidas do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. Por estarem as partes assim justas e contratadas, firmam o presente instrumento, juntamente com duas testemunhas.

Jacareizinho (PR), de de 2018.

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Dr. Antônio Vendramin Filho
 Diretor Presidente

Dr. Rogério Veloso de Abreu
 Diretor Superintendente

Testemunhas:

Nome: Regina Aparecida Périco Coelho
 CPF/MF: 535.548.929-04

Nome:
 CPF/MF:

Unimed 

Norte Pioneiro-PR

Operadora: Unimed Norte Pioneiro - Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 78.953.023/0001-08

Nº de registro na ANS: 36606-4

Nº de registro do produto: 476.240/16-1

Site: <http://www.unimednortepioneiro.com.br>

Tel.: (43) 3511-2000 SAC 0800-414554

SAC Deficiente Auditivo 0800-6422009

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	04
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.	04
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	04
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	04
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.	07
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.	15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	18

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	17
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), 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.	24
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	17
RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	36
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.	28
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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.	31

Para informar-se sobre estes 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

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

5.53. 000139
x



www.unimednorte.pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2003

**CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES,
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.**

REGISTRO 476.239/16-8

**AMBULATORIAL + HOSPITALAR COLETIVO
(ENFERMARIA)**

COPARTICIPATIVO

COLETIVO EMPRESARIAL

PLANO ESTADUAL UNIMED

AMBUATORIAL

2018



www.unimednorte.pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T (41) 3511-2000 F (41) 3511-3021
SAC 0800 41 4554 (horários úteis) 0800 642 2009

SUMÁRIO

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA – CONTRATADA.....	3
b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE	3
c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	3
d) TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO	3
e) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE	4
f) ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE	4
g) ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE.....	4
h) PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO.....	4
i) FORMAÇÃO DO PREÇO.....	4
j) SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS.....	4
TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO	4
TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	5
TEMA III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	7
TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	13
TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	16
TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA	16
TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES.....	17
TEMA VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES.....	22
TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	22
TEMA XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	24
TEMA XII – REAJUSTE.....	25
TEMA XIII – FAIXAS ETÁRIAS.....	28
TEMA XIV – BÔNUS – DESCONTOS.....	28
TEMA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	29
TEMA XVI – CONDIÇÕES DE PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	32
TEMA XVII – RESCISÃO / SUSPENSÃO	33
TEMA XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS	34
TEMA XIX – ELEIÇÃO DO FORO	35



www.unimednor.tepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86.400-000 Jacarezinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800-414554 Deficientes auditivos: 0800-6422009

CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA.

COLETIVO EMPRESARIAL ACOMODAÇÃO COLETIVA (ENFERMARIA) - COM OBSTETRÍCIA COPARTICIPATIVO

ADQUIRIDO ATRAVÉS DA PROPOSTA DE ADESÃO NÚMERO:

a) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA - CONTRATADA

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO Cooperativa de 1º grau devidamente constituída, registrada na OCEPAR - Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob nº 255, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 36606-4, registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 4140000109-1, I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78.953.023/0001-08, com sede na Rua dos Expedicionários, 337, Centro, em Jacarezinho/PR, CEP: 86.400-000, tel.: (43) 3511-2000, SAC: 0800-414554, SAC Deficientes Auditivos / Fala: 0800-6422009, endereço eletrônico: unimed@unimednortepioneiro.com.br neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Antônio Vendramin Filho, brasileiro, casado, médico, CRM - PR nº 7799, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho - PR, portador do RG sob nº 5.172.534 SSP-SP, CPF sob nº 776.780.448-87, e por seu Diretor Superintendente, Dr. Rogério Veloso de Abreu, brasileiro, casado, médico, CRM - PR nº 8870, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho - PR, portador do RG sob nº 5.057.735 SSP-RJ, CPF sob nº 617.794.827-87, designada neste ato como CONTRATADA.

b) QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

doravante denominada CONTRATANTE.

c) NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

c.1 **NOME COMERCIAL DO PLANO:** PLANO ESTADUAL UNIMED COLET/EMPR ENFER + OBSTR

c.2 NÚMERO DE REGISTRO DO PRODUTO NA ANS: **476.239/16-8**

d) TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO

d.1 COLETIVO EMPRESARIAL.



www.unimednorte.com.br
Praça Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
Site: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

PARÁGRAFO ÚNICO - Entende-se como Plano de Assistência à Saúde, de contratação coletiva, empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

e) **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

e.1 **AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**

f) **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

f.1 Abrangência geográfica do presente contrato é **ESTADUAL**, em todo o território do estado do **PARANÁ**, dentro do **SISTEMA UNIMED**.

g) **ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

g.1 **EM TODO O ESTADO DO PARANÁ.**

h) **PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

h.1 **ENFERMARIA (COLETIVO).**

h.2 Acomodação em enfermaria é aquela onde o paciente fica internado em acomodação coletiva com outras pessoas do mesmo sexo e só garante o direito a acompanhante para pessoas menores de 18 (dezoito) anos ou maiores de 60 (sessenta) anos.

h.3 Havendo indisponibilidade de leito hospitalar no padrão coletivo (enfermaria), acima mencionado, nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela ora CONTRATADA, fica garantido ao BENEFICIÁRIO o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.

i) **FORMAÇÃO DO PREÇO**

i.1 **PRÉ-ESTABELECIDO (PRÉ-PAGAMENTO).**

j) **SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

j.1 **NÃO SE APLICA**

TEMA I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 Trata-se de um Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656, de 3 de junho de 1998, 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



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

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 Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015, e suas atualizações, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA, **observada a exclusão expressa de cobertura nos prestadores de alto custo discriminados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS.**

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

TEMA II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 2.1. Por ocasião da contratação do plano de saúde, a CONTRATANTE deverá atender às condições de admissão e prazos abaixo especificados:
- a) Não estar incluso no cadastro restritivo de crédito;
 - b) Apresentar à CONTRATADA o contrato social com a última alteração, cartão do CNPJ ou outro documento que venha a comprovar a sua habilitação para contratar plano coletivo empresarial e a relação dos funcionários inscritos no FGTS, ou outro documento que comprove o vínculo do beneficiário titular com a CONTRATANTE, nos termos do art. 5º, §1º e incisos da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações;
 - c) Preenchimento e assinatura dos seguintes documentos:
 - c1. Contrato e termo de concordância com a proposta comercial;
 - c2. Planilha de movimentação cadastral;
 - c3. Declaração de Saúde, preenchida e assinada pelo titular, referente a ele e aos seus dependentes eventualmente inscritos, cujo preenchimento será obrigatório quando o número de adesão a este contrato for inferior a 30 (trinta) beneficiários **OU CASO O BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE ADESÃO AO PLANO DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DEPOIS DE TRANSCORRIDOS 30 (TRINTA) DIAS DA SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE;**
 - c4. Declaração de opção de Cobertura Parcial Temporária – CPT (quando for o caso);



www.unimednortepioneiros.com.br
Rua dos Expedicionários, 357
86405-000 Jacareinho - PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800-41-4554 Deficientes auditivos: 0800-642-2008

- c5. Cópia do RG, CPF, Certidão de Nascimento, Certidão Casamento ou Declaração de União Estável, Cartão Nacional do SUS, Título de Eleitor, cartão de Nascimento (Apgar para filhos menor de 7 anos) e comprovante de residência dos beneficiários inscritos;
- c6. Declaração comprovando vínculo empregatício dos beneficiários titulares inscritos.
- d) A CONTRATANTE informará à CONTRATADA a relação dos beneficiários a serem inscritos no plano de saúde, através da planilha de movimentação cadastral, podendo incluir ou excluir beneficiários a qualquer momento, observados os prazos de carências a serem cumpridos e as condições de admissão, bem como as condições estabelecidas no tema XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

PARÁGRAFO ÚNICO - Fica estabelecido que a movimentação de beneficiários supracitada é de exclusiva responsabilidade da CONTRATANTE.

2.2. São considerados beneficiários titulares do plano de saúde coletivo empresarial, as pessoas físicas vinculadas à Pessoa Jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária, bem como os sócios, administradores, trabalhadores temporários e menores aprendizes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - São considerados beneficiários dependentes do titular:

- a) o cônjuge;
- b) os filhos solteiros até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- c) o enteado, a criança ou adolescente, solteiro, até 35 (trinta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, sob guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- d) a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) os filhos incapazes.

2.2.1. 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 preexistente, 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 titular tenha cumprido as carências contratuais.

2.2.2. 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 preexistentes, desde que



www.unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86400-000 Jacareizinho-PR
 T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4534 Deixar uma mensagem: 0800 542 2009

inscrito até 30 (trinta) dias após a formalização da adoção, mediante apresentação do respectivo termo.

2.2.3. Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário, nos moldes estabelecidos no Tema XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

2.2.4. A CONTRATADA reserva-se ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar a condição de elegibilidade de titulares e dependentes.

2.2.5. É obrigação e responsabilidade da CONTRATANTE manter atualizada, através do Formulário Cadastral de Inclusão, a relação dos beneficiários titulares e dependentes, com nomes e qualificação completa, inclusive número do CPF, RG, PIS/PASEP/NIS, CNS (Cadastro Nacional de Saúde), nome da mãe e endereço do beneficiário titular, entre outros, sob pena de infração contratual.

2.2.6. Fica a CONTRATANTE responsável por fornecer uma via do contrato aos beneficiários titulares, sempre que demandado.

TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. **A CONTRATADA assegurará aos beneficiários inscritos no presente plano, os serviços médicos, hospitalares e auxiliares de diagnóstico e terapia, DEFINIDOS E LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE INSTITUÍDO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS através da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações, VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO, realizados em rede própria ou credenciada da CONTRATADA, através de seus médicos cooperados ou profissionais credenciados, observando-se a exclusão expressa de cobertura dos prestadores de alto custo elencados no tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS, 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 a área de abrangência do plano contratado, assegurada independentemente do local de origem do evento, conforme segue:**

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



www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86430-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

3.1.2. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, quando realizados em ambiente hospitalar.

3.1.3. Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 24 (vinte e quatro) e 48 (quarenta e oito) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

PARÁGRAFO ÚNICO. Para as patologias não mencionadas na diretriz de utilização da norma supracitada, fica garantida a cobertura até o limite de 12 (doze) consultas ou sessões por ano contratual.

3.1.4. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 18 (dezoito), 12 (doze) ou 6 (seis) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.5. Cobertura de consulta e sessões com terapeuta ocupacional, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) ou 12 (doze) consultas/sessões por ano contratual, dependendo da patologia tratada, atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.6. Cobertura de psicologia, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 40 (quarenta) sessões por ano contratual,** atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**

3.1.7. Cobertura de psicoterapia, desde que solicitado pelo médico assistente, **limitada a 18 (dezoito) sessões por ano contratual,** que poderão ser realizadas tanto por psicólogo quanto por médico devidamente habilitado, atendidas as **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II da RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 262, DE 2 DE AGOSTO DE 2011 e suas atualizações.**



3.1.8. Cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente.

3.1.9. Cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:**

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD ambulatoriais
- b) 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, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como hospitais, clínicas, ou ambulatórios;**
- c) radioterapia ambulatorial: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para o segmento ambulatorial;
- d) 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 de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- e) hemoterapia ambulatorial;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

3.1.10. Cobertura de cirurgia refrativa - PRK ou Lasik para pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

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

3.1.11. 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



www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 357
86400-000 Jacarezinho-PR
T: (41) 3511-2000 F: (41) 3511-2021
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

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, caso o beneficiário opte por acomodação hospitalar superior, ou faça qualquer outra espécie de acordo que transcenda os limites deste contrato, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, de acordo com o sistema de livre negociação, diretamente com o médico e hospital, não remanescendo assim qualquer responsabilidade para a CONTRATADA.

3.1.12. 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.

3.1.13. 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 aqueles portadores de necessidades especiais, mediante indicação do médico assistente.

3.1.14. Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caso haja indicação clínica.

3.1.15. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação, quando em atendimento coberto.

3.1.16. 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.**

3.1.17. Cobertura de remoção terrestre inter-hospitalar do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar credenciado, dentro do Estado do Paraná.

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.

3.1.18. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como



internação hospitalar, **desde que previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:**

- 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, conforme prescrição do médico assistente, **que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas ou ambulatórios;**
- c) radioterapia ambulatorial ou hospitalar: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, para os segmentos ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia ambulatorial ou hospitalar;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- g) embolizações: aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- h) radiologia intervencionista **previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;**
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos **previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;**
- j) procedimentos de fisioterapia, aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

3.1.19. 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, bem como a cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

3.1.20. 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.**

3.1.21. Cobertura de consulta de aconselhamento para planejamento familiar e de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal e convencional.



www.unimedpioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

3.1.22. Cobertura de cirurgias buco-maxilo-faciais previstas no rol de procedimentos médicos **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, 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 e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

3.1.23. 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, excluídos os honorários do cirurgião dentista e materiais odontológicos, com cobertura de exames complementares **conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**, solicitados pelo cirurgião dentista assistente habilitado pelo respectivo Conselho de Classe desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

3.1.24. Cobertura de transplante de Medula, Rins e Córneas, bem como as 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 e tardio, **excluídos os medicamentos de manutenção;**
- d) despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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.

3.1.25. Cobertura de atendimento psiquiátrico, de acordo com as seguintes diretrizes:

3.1.25.1. Nível Ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 137
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800-41-4554 Deixar uma mensagem: 0800-642-2008

(incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

- b) a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência sendo limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas.

3.1.25.2. Nível Hospitalar: fica garantido o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, em prestador credenciado, cabendo ao CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO o pagamento de coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, observados os valores praticados pela CONTRATADA.

3.1.26. Cobertura dos atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto infligidas.

3.1.27. Cobertura de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme **DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR** constantes no **ANEXO II DO ROLO DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015, e suas atualizações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.**

3.1.27.1. Cobertura de despesas de alimentação fornecida pela entidade hospitalar para acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente.

3.1.28. Cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto autorizado pela CONTRATADA, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT. Ultrapassado o prazo estabelecido (30 dias), caso o recém-nascido não tenha sido inscrito no plano, conforme previsto no tema II – **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**, cessará a responsabilidade da CONTRATADA quanto ao atendimento, sendo respeitado as carências previstas no tema III – **COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**.

TEMA IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2021
SAC 0800 41 4554 Deficientes Auditivos 0800 642 2003

4.1. Com vista ao disposto no art. 10 da Lei 9656/98 e Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias, estão previstas as seguintes exclusões de cobertura do plano ora pactuado, conforme definições legais abaixo transcritas:

- a) **Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim considerados os que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registradas ou regularizadas no país, ou os considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM e/ou Conselho Federal odontológico CFO, ou os tratamentos cujas indicações não constem na bula registrada na ANVISA (uso off-label);**
- b) **Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como orteses, próteses e sínteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;**
- c) **Inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;**
- d) **Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- e) **Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, spas, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
- f) **Fornecimento de medicamentos, materiais, órteses, próteses, sínteses e produtos importados não nacionalizados, entendidos como aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;**
- g) **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 ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios);**
- h) **Fornecimento de próteses, órteses, sínteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese, 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, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;**
- i) **Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;**



- j) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- k) Transplantes, autotransplantes e implantes e as despesas deles decorrentes, com exceção dos transplantes de Córnea, Rim e de Medula listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- l) Consultas em domicílio, Cuidadores que prestam cuidados em domicílio, Internações e demais atendimentos domiciliares (home care), mesmo em caráter de urgência e emergência.
- m) Quaisquer tratamentos odontológicos, exceto as cirurgias maxilo-faciais constantes no rol de procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 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;
- n) Todos os procedimentos terapêuticos, médicos e hospitalares não listados no Rol de Procedimentos da RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015 e suas atualizações;
- o) Procedimentos realizados fora do Estado do Paraná, exceto em casos de urgência e emergência, quando for comprovadamente impossível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados do Sistema Unimed;
- p) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- q) Serviços telefônicos, produtos de toalete e higiene pessoal 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;
- r) Todos os procedimentos enquanto não cumpridas as carências respectivas, excetos nos casos de urgência e emergência;
- s) Despesas decorrentes de serviços prestados por médico não cooperado, hospitais e serviços não pertencentes à rede credenciada, hospitais e serviços não pertencentes à rede básica do Sistema Unimed;
- t) Fornecimento e aplicação de vacinas preventivas;
- u) Casas sociais e clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- v) Procedimentos, tratamentos e exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- w) Investigação de paternidade, maternidade ou consangüidade;
- x) Necrópsias, medicina ortomolecular, mineralograma do cabelo, consultas e exames para piscina ou ginástica, atestados médicos em geral;
- y) A prestação de serviços de Medicina Ocupacional;
- z) Serviços Credenciados de outras Unimed's classificados como Rede Especial ou Master;



www.unimednorte pioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC: 0800 41 4554 De-falantes-audifones: 0800 642 2009

- aa) **Fornecimento de materiais de uso permanente, inclusos em taxas e diárias hospitalares.**

TEMA V – DURAÇÃO DO CONTRATO

- 5.1. O início de vigência do contrato dar-se-á na data da assinatura do mesmo, ou em outra data acordada entre as partes, por meio de Aditamento Contratual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A vigência para cada um dos beneficiários, contudo, subordinar-se ao recebimento do respectivo formulário cadastral pela CONTRATADA, iniciando-se na data indicada no campo específico daquele documento para o seu ingresso.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A CONTRATADA poderá estabelecer uma data limite para recebimento dos formulários cadastrais, a fim de que surtam efeitos no mês subsequente, respeitadas as carências contratuais.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O presente contrato tem prazo de 12 (doze) meses de vigência.

PARÁGRAFO QUARTO - Para efeito de contagem das carências dos beneficiários considerar-se-á a data de seu ingresso no plano, conforme disposto no Parágrafo Primeiro deste tema.

- 5.2 **Este contrato vigorará por no mínimo 12 (doze) meses, e no silêncio das partes prorrogar-se-á automaticamente por tempo indeterminado, sem cobrança de qualquer taxa ou valor no ato da renovação.**

TEMA VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 6.1. Esta cláusula não se aplica aos contratos com 30 (trinta) ou mais beneficiários, DESDE QUE O BENEFICIÁRIO FORMALIZE SEU PEDIDO DE INGRESSO EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS CONTADOS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO OU DE SUA VINCULAÇÃO À PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE.

- 6.2. Para que possam usufruir dos serviços garantidos neste contrato, os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo indicados, contados da data de seu ingresso no plano:

- a) **Urgência e Emergência - 24 horas, observado o disposto no tema VIII - Urgência e Emergência, adiante mencionado;**
- b) **30 (trinta) dias para consultas médicas e métodos diagnósticos laboratoriais; tonometria, citopatológico e eletrocardiograma;**
- c) **90 (noventa) dias, para procedimentos de reabilitação física, acupuntura, fisioterapia e outros exames, exceto os relacionados na letra "d" abaixo;**



- d) **180 (cento e oitenta) dias, para procedimentos clínicos e cirúrgicos, seja em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica e cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;**
- e) **180 (cento e oitenta) dias, para consultas/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo;**
- f) **300 (trezentos) dias, para parto a termo, assim definidos aqueles que ocorrerem a partir da 37ª semana de gravidez.**

6.3. A utilização de serviços contratados, durante o período de carência, fora das coberturas definidas neste contrato, implica em dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já, reconhecido como dívida líquida e certa pelo CONTRATANTE sendo passível de execução forçada.

TEMA VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1. O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007 e suas atualizações.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário ou seu representante legal preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

7.2. 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 CONTRATADA, 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 CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.



www.unimednortepr.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 F: (41) 3511-2020
SAC: 0800 41 4554 Deficientes: 0800 542 2009

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.

7.3. É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela CONTRATADA, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

7.4. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a CONTRATADA oferecerá a cobertura parcial temporária.

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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal ou constatadas na perícia.

7.5. Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a CONTRATADA somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados exclusivamente à Doença ou Lesão Preexistente.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, disponível no site www.ans.gov.br

7.6. É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

PARÁGRAFO ÚNICO - Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, nos limites deste contrato, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.7. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a CONTRATADA deverá comunicar imediatamente a



alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.8. Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, à CONTRATADA caberá o ônus da prova.

PARÁGRAFO ÚNICO - A CONTRATADA 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.

7.9. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

PARÁGRAFO ÚNICO - Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.10. Após julgamento, e acolhida à alegação da CONTRATADA, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o Beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, pela CONTRATADA, bem como será excluído do contrato.

7.11. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, do encerramento do processo administrativo.

7.12. Não haverá Cobertura Parcial Temporária, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

TEMA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. URGÊNCIA são os atendimentos entendidos como resultantes de acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional.

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



www.unimedbrasil.com.br
Rua dos Esportivistas, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (43) 3511-2000 Fax: (43) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2009

- 8.3. É assegurada a cobertura para os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, após 24 (vinte e quatro) horas de ingresso do beneficiário.
- 8.4. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, depois de cumpridas as carências, desde a admissão até a alta do paciente, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
- 8.5. É assegurada a cobertura dos atendimentos de urgência referentes ao processo gestacional, limitados às 12 (doze) primeiras horas, durante o cumprimento dos períodos de carência.
- 8.6. É assegurada a cobertura dos atendimentos de emergência, limitado às 12 (doze) primeiras horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.
- 8.7. A CONTRATADA garante a cobertura da remoção inter-hospitalar do paciente beneficiário, dentro do ESTADO DO PARANÁ, nas seguintes situações:
- Depois de realizar os atendimentos classificados como urgência e emergência, caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos da unidade para continuidade do atendimento, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para a unidade hospitalar própria ou contratada mais próxima, que disponha dos recursos necessários para o atendimento, sem ônus;**
 - Depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação, a **CONTRATADA garantirá a remoção do beneficiário para uma unidade do SUS;**
 - Depois de realizar os atendimentos classificados como Urgência e Emergência, limitado a 12 (doze) horas, fora da Área de Atuação deste contrato, poderá a **CONTRATADA REMOVER** o paciente para a sua Rede Credenciada, dentro dos limites deste contrato, ou seja, dentro do Estado do Paraná.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A remoção para outro hospital a que se refere o caput realizar-se-á em ambulância (simples/avançada) com os recursos necessários solicitados pelo médico assistente, a fim de garantir a manutenção da vida.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Nos casos de remoção previstos no item "b" e "c" do caput, quando não possa haver remoção por risco de vida, 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 CONTRATADA desse ônus.



www.unimednorte.com.br
 Rua dos Expedicionários, 337
 86405-000 Jacareizinho-PR
 T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
 SAC: 0800 41 4554 Deficientes auditivos: 0800 642 2099

PARÁGRAFO TERCEIRO - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, pela continuidade do atendimento em unidade diferente da definida no item "b" e "c" do caput, a CONTRATADA estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção e demais despesas relativas ao internamento em caráter particular.

d) Quando o paciente estiver internado em uma unidade hospitalar que não possua o recurso para efetuar determinados exames ou procedimentos indispensáveis para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, a CONTRATADA garantirá a sua remoção para outro estabelecimento credenciado, desde que solicitado pelo médico assistente.

8.8. É garantido o reembolso das despesas com procedimentos cobertos neste contrato, **caracterizados como de urgência ou emergência quando for comprovadamente impossível da utilização do beneficiário aos serviços próprios, contratados ou credenciados**, desde que respeitada a área de abrangência geográfica dentro do ESTADO DO PARANÁ, e não tenha sido possível a utilização dos serviços cooperados ou credenciados.

PARÁGRAFO ÚNICO - O reembolso será efetuado de acordo com a TABELA DE REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA vigente na data do evento, no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, e de acordo com os preços médios de mercado, para materiais e medicamentos, considerando o prazo de até 30 (trinta) dias da entrega completa dos documentos originais abaixo relacionados:

- a) relatório do médico assistente, atestando a urgência ou emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital, e data da alta hospitalar;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas e recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem, e se for o caso, a duração do ato anestésico;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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



www.unimedparana.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jaracatiã - PR
T (41) 3511-2000 Fax (41) 3511-2023
SAC 0800 41 4554 Atendimento 0800 642 2089

8.8.2. O beneficiário perderá o direito ao reembolso, decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

TEMA IX – ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 NÃO SE APLICA

TEMA X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10. Para realização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários e o **CONTRATANTE** devem observar os mecanismos de regulação adotados pela CONTRATADA para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

10.1. DA COPARTICIPAÇÃO: É a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo CONTRATANTE diretamente à CONTRATADA, de acordo com os valores praticados na TABELA REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA, após a realização dos procedimentos, nas condições abaixo.

10.1.1. FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 102,20 (CENTO E DOIS REAIS E VINTE CENTAVOS) POR PROCEDIMENTO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Não Haverá coparticipação nos procedimentos decorrentes com diálise peritoneal, hemodiálise, radioterapia, quimioterapia, hospital dia e internações clínicas e cirúrgicas (internados acima de 12 (doze) horas).

PARÁGRAFO SEGUNDO – A coparticipação será cobrada por procedimento realizado e NÃO POR AMOSTRA, ou seja, em um exame de sangue, por exemplo, hemograma, glicemia, creatinina, entre outras, retira-se uma amostra para realização de exames, mas é possível realizar vários exames/procedimentos. Nesta hipótese a coparticipação incidirá sobre a quantidade de exames/procedimentos, conforme no exemplo do hemograma, glicemia, creatinina, entre outros realizados na amostra.

10.1.2. Na internação psiquiátrica de beneficiários, caso sejam ultrapassados os prazos de internação definidos no tema III – **COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**, haverá controle mediante coparticipação de 50% SOBRE O TOTAL DA DESPESA a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência deste contrato, observados os valores praticados pela CONTRATADA.



10.2. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO: A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários inscritos no plano o cartão individual de identificação, 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 - Em caso de exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, é obrigação do CONTRATANTE devolver os respectivos cartões individuais de identificação, **sob pena de responder pelos prejuízos resultantes de seu uso indevido.**

PARÁGRAFO SEGUNDO - Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, o CONTRATANTE deverá comunicar imediatamente a CONTRATADA, por escrito, sob pena de responder pelos prejuízos que advierem de sua indevida utilização. O custo da emissão da segunda via do cartão é de R\$ 20,00 (vinte reais), podendo ser reajustado conforme condições estabelecidas no tema XII - REAJUSTE.

10.3. CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: Os serviços contratados serão prestados da seguinte forma:

- a) Consultas: Os beneficiários serão atendidos no consultório dos médicos cooperados indicados na relação divulgada pela CONTRATADA, 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 com autorização prévia da CONTRATADA;**
- c) Os 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, com autorização prévia da CONTRATADA;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A Autorização Prévia de que trata as alíneas 'b' e 'c', será fornecida no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, 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 da internação, para providenciar a autorização da CONTRATADA, sob pena da CONTRATADA não se responsabilizar por qualquer despesa.



www.unimednorte.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacareizinho-PR
T: (41) 3511-2000 Fax: (41) 3511-2023
SAC: 0800-41 4554 Deficientes auditivos: 0800-542 2009

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os beneficiários com idade igual ou mais de 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos, têm prioridade nos atendimentos em relação aos demais beneficiários.

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 de alto custo discriminados no tema XVIII - Condições Gerais, ainda que credenciados por outras cooperativas Unimed do Estado do Paraná, uma vez que os serviços serão prestados exclusivamente pelos profissionais e entidades constantes na relação divulgada no Guia Médico Eletrônico.

PARÁGRAFO QUINTO - Eventuais alterações na rede hospitalar observarão o disposto no art. 17 da Lei 9.656/98, com comunicação prévia nos casos de substituição da rede hospitalar ou autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nos casos de redimensionamento por redução da rede hospitalar.

10.4. CONDIÇÕES DIFERENCIADAS DE ATENDIMENTO: A CONTRATADA 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 profissional desempataador, escolhido pelos outros dois, para dirimir o impasse, **tendo como base os protocolos médicos oficiais e medicina baseada em evidências**, sendo os honorários do terceiro médico custeados pela CONTRATADA.

TEMA XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial ora contratada, a título de mensalidade, são pré-estabelecidos, acrescidos dos valores decorrentes da COPARTICIPAÇÃO, eventualmente devidos, a qual será calculada sobre os valores praticados na **TABELA REFERÊNCIA PRATICADA PELA CONTRATADA** vigente na data do evento.

PARÁGRAFO ÚNICO - A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA as mensalidades de seus beneficiários inscritos neste contrato, conforme valores discriminados na Proposta de Adesão, acrescidos dos eventuais valores cobrados a título de coparticipação, os quais se submetem aos reajustes e revisões previstos no presente instrumento.

11.2. As mensalidades e as coparticipações previstas no tema X - **MECANISMOS DE REGULAÇÃO**, serão pagas pelo CONTRATANTE até seus respectivos vencimentos, conforme acordado entre as partes, reconhecendo os respectivos valores como dívida líquida, certa e exigível, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil.