Unimed Norte Pioneiro-PR
www.unimedfnp.teleweb.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

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 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 n° 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.

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 constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 12.2.2., este deverá ser procedido de forma

Unimed Norte Pioneiro-PR
www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
T (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2021
SAC 0800 41 4554 Deficientes auditivos 0800 642 2009

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 10.1.1, 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:

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

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..... 21,77%

c) Ao completar 24 (vinte e quatro) anos de idade..... 25,25%

d) Ao completar 29 (vinte e nove) anos de idade..... 15,11%

e) Ao completar 34 (trina e quatro) anos de idade..... 18,39%

f) Ao completar 39 (trinta e nove) anos de idade..... 11,91%

g) Ao completar 44 (quarenta e quatro) anos de idade..... 15,11%

h) Ao completar 49 (quarenta e nove) anos de idade..... 23,49%

i) Ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos de idade..... 27,02%

j) Ao completar 59 (cinquenta e nove) anos de idade..... 42,15%

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

Unimed Norte Pioneiro-PR
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

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

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 **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.

Unimed Norte Pioneiro-PR
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

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

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 (quinquagésimo) 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.

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 lhes 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*.

Unimed Norte Pioneiro-PR
www.unimedpioneiro.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

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.

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 divida liquida 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;

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; sem prejuízo do direito da CONTRATADA em requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias, bem como a inscrição nos órgãos restritivos de crédito por eventuais débitos pendentes.

b) 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.

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 deve ser encaminhado 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 cadastral.

Unimed Norte Pioneiro-PR
www.unimedno rtepioneiro.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

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 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 utiliza-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.

Jacarezinho (PR), 1 de abril de 2018.

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Dr. Antônio Vendramin Filho
Diretor Presidente

Dr. Rogério Veloso de Abreu
Diretor Superintendente

Rua dos Expedicionários, 337
86400-000 Jacarezinho-PR
T (43) 3511-2000 Fax (43) 3511-2020
S.U.C. 0800 41 4554 Ouvidoria auditiva 0800 642 2009

Testemunhas:

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

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: 476.239/16-8
Portal: http://www.unimednortepioneiro.com.br
Tel.: (43) 3511-2000 SAC 0800-414554
SAC Deficiente Auditivo 0800-6422009

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	03
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.	13
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.	17

		Página do Contrato
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.	16
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.	22
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	16
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	33
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.	25
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.	29

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.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº XXX/2018 ANEXO I

		ENFERMARIA + OBST		APARTAMENTO + OBST	
Faixa Etária	Total	VALOR	TOTAL	VALOR	TOTAL
0-18 anos	2	R$ 111,44	R$ 222,88	R$ 154,20	R$ 308,40
19 a 23 anos	11	R$ 135,70	R$ 1.492,70	R$ 186,96	R$ 2.056,56
24 a 28 anos	47	R$ 169,96	R$ 7.988,12	R$ 223,77	R$ 10.517,19
29 a 33 anos	69	R$ 195,64	R$ 13.499,16	R$ 274,81	R$ 18.961,89
34 a 38 anos	96	R$ 231,62	R$ 22.235,52	R$ 312,45	R$ 29.995,20
39 a 43 anos	97	R$ 259,21	R$ 25.143,37	R$ 350,71	R$ 34.018,87
44 a 48 anos	113	R$ 298,38	R$ 33.716,94	R$ 403,92	R$ 45.642,96
49 a 53 anos	84	R$ 368,48	R$ 30.952,32	R$ 502,44	R$ 42.204,96
54 a 58 anos	78	R$ 468,06	R$ 36.508,68	R$ 649,56	R$ 50.665,68
59 anos ou +	77	R$ 665,36	R$ 51.232,72	R$ 921,08	R$ 70.923,16
Total Geral	674		R$ 222.992,41		R$ 305.294,87

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº XXX/2018 ANEXO I

	ENFERMARIA + OBST		APARTAMENTO + OBST		
Faixa Etária	Total	VALOR	TOTAL	VALOR	TOTAL
0-18 anos	2	R$ 111,44	R$ 222,88	R$ 154,20	R$ 308,40
19 a 23 anos	11	R$ 135,70	R$ 1.492,70	R$ 186,95	R$ 2.056,45
24 a 28 anos	47	R$ 169,55	R$ 7.968,12	R$ 223,77	R$ 10.517,19
29 a 33 anos	69	R$ 195,64	R$ 13.499,16	R$ 274,81	R$ 18.961,89
34 a 38 anos	95	R$ 231,52	R$ 22.235,52	R$ 312,46	R$ 29.995,20
39 a 43 anos	97	R$ 259,21	R$ 25.143,37	R$ 350,71	R$ 34.018,87
44 a 48 anos	113	R$ 298,38	R$ 33.719,94	R$ 403,92	R$ 45.642,96
49 a 53 anos	84	R$ 368,48	R$ 30.952,32	R$ 502,44	R$ 42.204,96
54 a 58 anos	78	R$ 468,05	R$ 36.508,68	R$ 649,56	R$ 50.665,68
59 anos ou +	77	R$ 665,36	R$ 51.232,72	R$ 921,08	R$ 70.923,16
Total Geral	574		R$ 222.992,41		R$ 305.294,87

Unimed Norte Pioneiro
www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337 | 86400.000
Jacarezinho - PR | T.: 43 3511.2000 | F: 43 3511.2023
SAC 0800 41 4554
Deficientes auditivos 0800 642 2009

PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL, ESTA É A SUA OPORTUNIDADE!

VALIDADE DA PROPOSTA 10/07/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ
ESTADUAL – 50% COPARTICIPAÇÃO

✓ Plano de Saúde para atendimentos nos casos eletivos com os médicos cooperados do Sistema Unimed no Estado do Paraná, ou em qualquer cidade no Brasil em casos de URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

✓ Qualquer tipo de consulta, exames laboratoriais, Raio-X, tomografia, ressonância magnética, fisioterapias, hospitalizações para tratamentos clínicos e / ou cirúrgicos de qualquer natureza.

✓ **Orientação médica** através do fone 0800 723 3333, por onde você fala quantas vezes necessitar diretamente com um profissional médico, capacitado para orientações, por **mensal adicional per capita de R$ 3,78 (três reais e setenta e oito centavos).**

✓ **Isenção de carência para empresas cujo o grupo tenha 30(trinta) pessoas ou mais. Recebendo o cartão UNIMED, você já tem direito a utilização do plano.**

✓ **Cobertura de Remoção terrestre**, realizada mediante solicitação médica, e entre hospitais sem custo adicional, e **Remoção Aérea mensal adicional per capita de R$ 4,54 (quatro reais e cinquenta e quatro centavos).**

✓ **Plano Coletivo Empresarial Coparticipativo de 50%** (cinquenta por cento), isto significa que você pagará nas utilizações de consultas, exames de natureza simples e procedimentos ambulatoriais, conforme tabela da Unimed Norte Pioneiro-PR, sendo o valor máximo por evento/procedimento de R$ 102,20 (cento e dois reais e vinte centavos)

Simulação de valores de coparticipação	Tabela Unimed	50% Coparticipação	Base de Carências
Consulta Médica de qualquer especialidade	R$ 118,26	R$ 59,13	30 dias
Ácido úrico	R$ 4,09	R$ 2,05	30 dias
Glicemia em jejum	R$ 4,09	R$ 2,05	30 dias
Hemograma completo	R$ 8,75	R$ 4,38	30 dias
Parasitológico de Fezes	R$ 5,83	R$ 2,92	30 dias
Mamografia	R$ 122,65	R$ 61,33	90 dias
Eletrocardiograma	R$ 24,49	R$ 12,25	90 dias
Eletroencefalograma	R$ 97,95	R$ 48,98	90 dias
Ecodopplercardiograma	R$ 352,84	R$ 102,20	90 dias
RX coluna	R$ 47,87	R$ 23,94	90 dias
Ultrassom Ginecológico	R$ 114,42	R$ 57,21	90 dias
Cirurgias por vídeo	R$ 8.000,00	Sem custo para o paciente	180 dias
Quimioterapia	R$ 22.000,00	Sem custo para o paciente	180 dias
Ressonância Magnética	R$ 841,12	R$ 102,20	180 dias
Tomografia do Crânio	R$ 391,96	R$ 102,20	180 dias
Parto Normal	R$ 5.000,00	Sem custo para o paciente	300 dias
***CPT- Doenças e Lesões Pré existentes**			24 meses

* Tabela sujeita a mudança conforme Rol de Procedimentos Unimed.

Unimed Norte Pioneiro
www.unimednortepioneiro.com.br
Rua dos Expedicionários, 337 | 86400.000
Jacarezinho - PR | T.: 43 3511.2000 | F: 43 3511.2023
SAC 0800 41 4554
Deficientes auditivos 0800 642 2009

✓ Você não pagará coparticipações nos casos de hospitalizações, de qualquer natureza clinica ou cirúrgicas, internações em UTI, Quimioterapias, Radioterapias, Hemodiálise, Transplantes de Rim, de Córnea, Cirurgia de Vídeo torácica e remoção terrestre.

✓ A inclusão dos dependentes somente é permitida com a adesão do funcionário e podem fazer parte: os filhos(as) até 34 anos (solteiros), esposa(o) ou aquele que mantem convívio marital, sendo toda inclusão e exclusão será por intermédio da empresa

Os valores abaixo, correspondem o valor da mensalidade por pessoa com obstetrícia diluída.

TABELA ESTADUAL EMPRESARIAL - 50% COPARTICIPAÇÃO		
PLANOS REGISTRO NA ANS	ENFERMARIA+OBST 476.239/16-8	APARTAMENTO+OBST 476.239/16-8
00 a 18	R$ 111,44	R$ 154,20
19 a 23	R$ 135,70	R$ 186,96
24 a 28	R$ 169,96	R$ 223,77
29 a 33	R$ 195,64	R$ 274,81
34 a 38	R$ 231,62	R$ 312,45
39 a 43	R$ 259,21	R$ 350,71
44 a 48	R$ 298,38	R$ 403,92
49 a 53	R$ 368,48	R$ 502,44
54 a 58	R$ 468,06	R$ 649,56
> de 59	R$ 665,36	R$ 921,08

*Os valores acima podem ter descontos de acordo com o nº de pessoal participantes do grupo empresarial.

✓ **Tenho interesse: ( ) SIM ( ) NÃO**

✓ Nome Completo_____

✓ ( ) RG, CPF, inclusive menores de idades (CNH não tem validade)

✓ ( ) Cartão Nacional do SUS – CNS

✓ ( ) Título de eleitor

✓ ( ) Comprovante de Residência

✓ ( ) Certidão de Nasc. ( ) Filhos até 7 anos carteira de Vacinação parte APGAR

✓ ( ) Certidão de Casamento

✓ Escolaridade_____Profissão_____

✓ Fone Fixo ( )_____e o celular ( )_____

✓ Dependente(s)_____

✓ E-mail _____

✓ ATENÇÃO: As cópias devem estar legíveis e sem rasuras e a falta de um dos documentos inviabiliza a contratação.

_____
Assinatura do Funcionário

✓ **Dúvidas falar com consultor(a):** Francyelle dos Santos - (43) 9 8455-2243
fsantos.merc@unimednortepioneiro.com.br BANDEIRANTES (43) 3542 4522

GERENTE DE MERCADO – (43) 3511-2031
Regina Périco – (43) 9 8455-2238 – regina.merc@unimednortepioneiro.com.br

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ORIENTAÇÃO MÉDICA POR TELEFONE – "UNIMED FONE"

I – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

, doravante denominado CONTRATANTE.

II – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA – UNIMED NORTE PIONEIRO – PR

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, 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 Deficiente Auditivo/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 por CONTRATADA.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços de orientação médica por telefone, opcional denominado **UNIMED FONE**, a todos os beneficiários que fazem parte do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia, celebrado em data de de de 2018, conforme Proposta de Adesão nº , referente ao Plano Coletivo Empresarial, cuja modalidade do plano é: , devidamente registrado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o número .

DO OPCIONAL "UNIMED FONE"

CLÁUSULA PRIMEIRA - CONSIDERAÇÕES GERAIS: O CONTRATANTE tem ciência de que o produto denominado Unimed Fone é OPCIONAL e INDIVIDUAL para cada Beneficiário vinculado ao contrato firmado entre as partes, estando de pleno acordo com as condições gerais, descritas abaixo, bem como, das carências a cumprir e demais dispositivos, e que pagará a quantia determinada por mês, de acordo com a quantidade de Beneficiários inscritos, acrescidos junto a cobrança da mensalidade do plano de saúde ora contratado.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ORIENTAÇÃO MÉDICA POR TELEFONE – "UNIMED FONE"

I – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

, doravante denominado CONTRATANTE.

II – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA – UNIMED NORTE PIONEIRO – PR

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 35606-4, registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 41400001091-1, 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: 0800-41455-4, SAC Deficiente Auditivo/Fala: 0800-64 22009, endereço eletrônico: unimed@unimedpioneiro.com.br, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Antonio Vendramin Filho, brasileiro, casado, médico, CRM – PR nº 7299, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho – PR, portador do RG sob nº 5.127.534 SSP-SP, CPF sob nº 776.780.448-87, e por seu Diretor Superintendente, Dr. Rogério Velloso de Abreu, brasileiro, casado, médico, CRM – PR nº 8879, 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 por CONTRATADA.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços de orientação médica por telefone, opcional denominado **UNIMED FONE**, a todos os beneficiários que fazem parte do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia, celebrado em data de de de 2018, conforme Proposta de Adesão nº , referente ao Plano Coletivo Empresarial, cuja modalidade do plano é , devidamente registrado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o número

DO OPCIONAL "UNIMED FONE"

CLÁUSULA PRIMEIRA – CONSIDERAÇÕES GERAIS: O CONTRATANTE tem ciência de que o produto denominado Unimed Fone é OPCIONAL e INDIVIDUAL para cada Beneficiário vinculado ao contrato firmado entre as partes, estando de pleno acordo com as condições gerais, descritas abaixo, bem como, das carências a cumprir e demais dispositivos, e que pagará a quantia determinada por mês, de acordo com a quantidade de Beneficiários inscritos, acrescidos junto a cobrança da mensalidade do plano de saúde ora contratado.

Unimed Norte Pioneiro-PR
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

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETIVOS: Oferecer aconselhamento médico por telefone.

CLÁUSULA TERCEIRA – FORMA DE ATENDIMENTO: O Unimed Fone fica à disposição do usuário 24 horas, todos os dias do ano, inclusive nos feriados, através do 0800 723 3333 e recebe ligações fixas móveis ou públicas;

CLÁUSULA QUARTA – PADRÃO DE QUALIDADE: O atendimento é realizado conforme protocolo médico, sob padrões éticos e legais de acordo com normas do Conselho Federal de Medicina;

a) Todas as ligações do Unimed Fone são gravadas e arquivadas diariamente e podem ser consultados sempre que solicitado;
b) Equipe de médicos reguladores com certificação ACLS e ATLS.

CLÁUSULA QUINTA – PRINCIPAIS BENEFÍCIOS PARA USUÁRIOS

a) Esclarecer dúvidas quanto a diagnósticos e exames;
b) Orientar quanto a período de jejum e preparo para realização de exames;
c) Buscar orientação sobre efeitos colaterais de medicamento em uso;
d) Receber instruções objetivas de como proceder frente a situações adversas, inclusive em casos de acidentes pessoais;
e) Receber indicação precisa quanto à especialidade médica correta a ser procurada, evitando consultas múltiplas e desnecessárias.

CLÁUSULA SEXTA – VALORES: A Unimed Fone, nesta data, tem o valor de R$ 3,78 (três reais e setenta e oito centavos) por Beneficiário inscrito.
Parágrafo Único: O benefício sofrerá reajuste anual proporcional ao percentual do reajuste autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), na data de reajuste do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia contratado com a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – ATRASO: O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura, enquanto perdurar.
Parágrafo Único: O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento da mensalidade implicará no cancelamento deste benefício.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:
Parágrafo Primeiro: Inscrever a totalidade dos beneficiários no opcional Unimed Fone, observando a forma aqui fixada.
Parágrafo Segundo: Pagar, mensalmente, as faturas emitidas pela CONTRATADA em seu vencimento.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBJETIVOS: Oferecer aconselhamento médico por telefone.

CLÁUSULA TERCEIRA – FORMA DE ATENDIMENTO: O Unimed Fone fica à disposição do usuário 24 horas, todos os dias do ano, inclusive nos feriados, através do 0800 723 3333 e recebe ligações fixas móveis ou públicas;

CLÁUSULA QUARTA – PADRÃO DE QUALIDADE: O atendimento é realizado conforme protocolo médico, sob padrões éticos e legais de acordo com normas do Conselho Federal de Medicina;

a) Todas as ligações do Unimed Fone são gravadas e arquivadas diariamente e podem ser consultados sempre que solicitado;
b) Equipe de médicos reguladores com certificação ACLS e ATLS.

CLÁUSULA QUINTA – PRINCIPAIS BENEFÍCIOS PARA USUÁRIOS

a) Esclarecer dúvidas quanto a diagnósticos e exames;
b) Orientar quanto a período de jejum e preparo para realização de exames;
c) Buscar orientação sobre efeitos colaterais de medicamento em uso;
d) Receber instruções objetivas de como proceder frente a situações adversas, inclusive em casos de acidentes pessoais;
e) Receber indicação precisa quanto a especialidade médica correta a ser procurada, evitando consultas múltiplas e desnecessárias.

CLÁUSULA SEXTA – VALORES: A Unimed Fone, nesta data, tem o valor de R$ 3,78 (três reais e setenta e oito centavos) por beneficiário inscrito.

Parágrafo Único: O benefício sofrerá reajuste anual proporcional ao percentual do reajuste autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), na data de reajuste do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia contratado com a **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – ATRASO: O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura, enquanto perdurar.

Parágrafo Único: O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento da mensalidade implicará no cancelamento deste benefício.

CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

Parágrafo Primeiro: Inscrever a totalidade dos beneficiários no opcional Unimed Fone, observando a forma aqui fixada.

Parágrafo Segundo: Pagar, mensalmente, as faturas emitidas pela CONTRATADA em seu vencimento.

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

Parágrafo Terceiro: O atraso no pagamento acarretará a incidência de multa de 10% (dez por cento) e juros de mora de 2% (dois por cento) ao mês.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:
Parágrafo Único: Manter cadastro atualizado de acordo com o Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia firmado junto a esta CONTRATADA.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente contrato de prestação de serviços de orientação médica por telefone, opcional denominado Unimed Fone, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Jacarezinho (PR), de julho de 2018.

RAZÃO SOCIAL
RESPONSÁVEL
CARGO

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Dr. Antônio Vendramin Filho
Diretor Presidente

Dr. Rogério Veloso de Abreu
Diretor Superintendente

1ª Testemunha:
Nome: Regina Aparecida Périco Coelho
C.I.: 3.692.605-8 SSP-PR
CPF/MF: 535.548.929-04

2ª Testemunha:
Nome:
C.I.:
CPF/MF:

Parágrafo Terceiro: O atraso no pagamento acarretará a incidência de multa de 10% (dez por cento) e juros de mora de 2% (dois por cento) ao mês.

CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

Parágrafo Único: Manter cadastro atualizado de acordo com o Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia firmado junto a esta CONTRATADA.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente contrato de prestação de serviços de orientação médica por telefone, opcional denominado Unimed Fone, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Jacarezinho (PR), de julho de 2018.

RAZÃO SOCIAL
RESPONSÁVEL
CARGO

UNIMED NORTE PIONEIRO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Dr. Antônio Vendramin Filho
Diretor Presidente

Dr. Rogério Velloso de Abreu
Diretor Superintendente

1ª Testemunha:
Nome: Regina Aparecida Penco Coelho
CI: 3.692.605-8-SSP-PR
CPF/MF: 535.548.929-04

2ª Testemunha:
Nome:
CI:
CPF/MF:

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AEROMÉDICOS

I – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

, doravante denominada CONTRATANTE.

II – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA – UNIMED NORTE PIONEIRO – PR

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, 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 Deficiente Auditivo/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.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços aero médicos, opcional denominado Remoção Aérea, a todos os beneficiários que fazem parte do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia, celebrado em data de de julho de 2018, conforme Proposta de Adesão nº , referente ao Plano Coletivo Empresarial, cuja modalidade do plano é: , devidamente registrado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, sob o número .

DO OPCIONAL "REMOÇÃO AÉREA"

Cláusula Primeira: O CONTRATANTE tem ciência de que o produto denominado Remoção Aérea é OPCIONAL e INDIVIDUAL para cada Beneficiário vinculado ao contrato firmado entre as partes, estando de pleno acordo com as condições gerais, descritas abaixo, bem como, das carências a cumprir e demais dispositivos, e que pagará a quantia determinada por mês, de acordo com a quantidade de Beneficiários inscritos, acrescidos junto a cobrança da mensalidade do plano de saúde ora contratado.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AEROMÉDICOS

I – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

, doravante denominada CONTRATANTE.

II – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA – UNIMED NORTE PIONEIRO – PR

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 2565, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, registrada na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar sob nº 35505-4; registrada na Junta Comercial do Paraná NIRE sob nº 41400001091-1; I.E. - ISENTA e cadastrada no CNPJ/MF sob nº 78.952.023/0001-08, com sede na Rua dos Expedicionários, 327, Centro, em Jacarezinho/PR, CEP: 86.400-000, tel.: (43) 3511-2000, SAC 0800-41455-4, SAC Deficiente Auditivo/Fala: 0800-642009, endereço eletrônico: unimed@unimedportopioneiro.com.br, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Antônio Venâncio Filho, brasileiro, casado, médico, CRM – PR nº 7299, residente e domiciliado na cidade de Jacarezinho – PR, portador do RG sob nº 5.127.534 SSP-SP, CPF sob nº 776.780.448-87, e por seu Diretor Superintendente, Dr. Rogério Vetoso 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.

III – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços aero-médicos, opcional denominado Remoção Aérea, a todos os beneficiários que fazem parte do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia, celebrado em data de de julho de 2018, conforme Proposta de Adesão nº , referente ao Plano Coletivo Empresarial, cuja modalidade do plano é: devidamente registrado junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sob o número

DO OPCIONAL "REMOÇÃO AÉREA"

Cláusula Primeira: O CONTRATANTE tem ciência de que o produto denominado Remoção Aérea é OPCIONAL e INDIVIDUAL para cada Beneficiário vinculado ao contrato firmado entre as partes, estando de pleno acordo com as condições gerais, descritas abaixo, bem como, das carências a cumprir e demais dispositivos, e que pagará a quantia determinada por mês, de acordo com a quantidade de Beneficiários inscritos, acrescidos junto a cobrança da mensalidade do plano de saúde ora contratado.

Unimed Norte Pioneiro-PR
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

Cláusula Segunda: Será prestado serviço de traslado aeromédico, Remoção Aérea, aos Beneficiários que estiverem inscritos no contrato particular mencionado no objeto deste instrumento, estando estes enquadrados em uma ou mais patologias presentes nas "Patologias Cobertas", abaixo relacionadas na cláusula sétima.

Cláusula Terceira: Esse traslado se dará de um estabelecimento médico-hospitalar sem recursos suficientes para outro com condições adequadas ao tratamento do Beneficiário. Estabelecimentos estes pertencentes à rede credenciada do Sistema Unimed.

Cláusula Quarta: Está incluído o transporte da equipe do Transporte Aéreo do local de pouso da aeronave até o estabelecimento médico-hospitalar para onde o Beneficiário será encaminhado.

Cláusula Quinta: As condições para o traslado se darão da seguinte forma:

a) Solicitação do médico responsável pelo atendimento do Beneficiário no hospital de origem diretamente ao médico assistente disponível pela aeronave;
b) A cobertura de atendimento será da mesma forma do cumprimento das previsões contratuais;
c) Enquadramento das condições do Beneficiário em uma ou mais patologias cobertas pelo contrato do seu plano;
d) Avaliação por parte da equipe médica do Transporte Aéreo que não contraindique a realização do traslado;
e) Condições adequadas de voo de acordo com as regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica;
f) Estar em dia com o pagamento da mensalidade; e,
g) Distância, entre o hospital de origem e o hospital de destino, acima de 50 km (cinquenta quilômetros).

Cláusula Sexta: Serão respeitadas as carências correspondentes ao Plano de Saúde da CONTRATADA, pelo Beneficiário, e, após 60 (sessenta) dias de sua inclusão no mesmo, ao opcional de Transporte Aeromédico (remoção aérea).

Cláusula Sétima: Patologias cobertas:

1) traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
2) aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
3) traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstituição;
4) traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
5) embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
6) choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) com mais recursos;
7) cirurgia cardíaca;

Cláusula Segunda: Será prestado serviço de traslado aeromédico, Remoção Aérea, aos Beneficiários que estiverem inscritos no contrato particular mencionado no objeto deste instrumento, estando estes enquadrados em uma ou mais patologias presentes nas "Patologias Cobertas", abaixo relacionadas na cláusula sétima.

Cláusula Terceira: Esse traslado se dará de um estabelecimento médico-hospitalar sem recursos suficientes para outro com condições adequadas ao tratamento do Beneficiário. Estabelecimentos estes pertencentes a rede credenciada do Sistema Unimed.

Cláusula Quarta: Está incluído o transporte da equipe do Transporte Aéreo do local de pouso da aeronave até o estabelecimento médico-hospitalar para onde o Beneficiário será encaminhado.

Cláusula Quinta: As condições para o traslado se dará da seguinte forma:

a) Solicitação do médico responsável pelo atendimento do Beneficiário no hospital de origem diretamente ao médico assistente disponível pela aeronave;

b) A cobertura de atendimento será da mesma forma do cumprimento das previsões contratuais;

c) Enquadramento das condições do Beneficiário em uma ou mais patologias cobertas pelo contrato de seu plano;

d) Avaliação por parte da equipe medica do Transporte Aéreo que não contraindique a realização do traslado;

e) Condições adequadas de voo de acordo com as regras e instruções estabelecidas para tráfego aéreo pelo Departamento de Aviação Civil do Ministério da Aeronáutica;

f) Estar em dia com o pagamento da mensalidade; e,

g) Distância, entre o hospital de origem e o hospital de destino, acima de 50 km (cinquenta quilômetros).

Cláusula Sexta: Serão respeitadas as carências correspondentes ao Plano de Saúde da CONTRATADA pelo Beneficiário, e, após 60 (sessenta) dias de sua inclusão no mesmo, ao opcional de Transporte Aeromédico (remoção aérea).

Cláusula Sétima: Patologias cobertas:

1) traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
2) aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
3) traumatismo de face, que necessite cirurgia de reconstituição;
4) traumatismo raquimedular, que necessite cuidados intensivos;
5) embolia pulmonar, que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
6) choque cardiogênico, que necessite de internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) com mais recursos;
7) cirurgia cardíaca;

Unimed Norte Paranaense-PR
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

8) pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
9) queimaduras – (elétricas, térmicas e químicas) – com área corpórea afetada mais que 30% (trinta por cento);
10) angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;
11) aneurisma dissecante de aorte, que necessite de UTI;
12) hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessária UTI mais adequada;
13) insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
14) pancreatite aguda (critério de Ranon);
15) trauma torácico / contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
16) asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
17) insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
18) insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
19) hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
20) estado de mal epiléptico, que necessite curarização e ventilação mecânica;
21) assistência em UTI, desde que seja devido a tumores benigno ou maligno;
22) politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando, no local, não haja condições para tal procedimento;
23) fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção da clínica ortopédica e / ou vascular;
24) fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
25) traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local de atendimento não haja condições técnicas;
26) intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
27) afogamento, que necessite de assistência ventilatória e UTI;
28) amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
29) infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico; e,
30) picadas de animais peçonhentos, com risco de vida, e que sugira UTI.

8) pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;

9) queimaduras – (elétricas, térmicas e químicas) – com área corpórea afetada mais que 30% (trinta por cento);

10) angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas, discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;

11) aneurisma dissecante de aorte, que necessite de UTI;

12) hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite UTI e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessária UTI mais adequada;

13) insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;

14) pancreatite aguda (critério de Ranon);

15) trauma torácico / contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;

16) asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;

17) insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;

18) insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;

19) hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;

20) estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;

21) assistência em UTI, desde que seja devido a tumores benigno ou maligno;

22) politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais), quando, no local, não haja condições para tal procedimento;

23) fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular, que necessite de intervenção da clínica ortopédica e / ou vascular;

24) fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local de atendimento, não haja condições técnicas;

25) traumas vasculares, que necessitem de cirurgia, quando, no local de atendimento não haja condições técnicas;

26) intoxicações agudas, que necessitem de UTI, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;

27) afogamento, que necessite de assistência ventilatória e UTI;

28) amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);

29) infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico; e

30) picadas de animais peçonhentos, com risco de vida, e que sugira UTI.

www.unimedmortepioneiro.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

Cláusula Oitava: Os procedimentos para o traslado se dará da seguinte forma:

a) Em qualquer lugar do Brasil, o médico responsável pelo atendimento deverá ligar para o número 0800-414554 (Plantão 24 (vinte e quatro) horas), e/ou (43) 3511-2012. Nesse contato, o médico deverá se identificar e passar as seguintes informações: nome do Beneficiário; nome da Unimed de origem; código do Beneficiário Unimed; nome do médico responsável pela recepção à equipe do Transporte Aéreo; estabelecimento médico-hospitalar no qual ele se encontra.
b) O médico responsável pelo traslado, após exame clínico, fará o encaminhamento ao Centro de Referência mais adequado à continuidade do tratamento, de acordo com a patologia apresentada. O translado aeromédico será orientado para os hospitais em conformidade com o Plano de Saúde Unimed do Beneficiário.

Parágrafo Único: O traslado e a internação do Beneficiário em um hospital fora da área de ação da Unimed da qual ele é pertencente necessitarão de autorização prévia desta.

Cláusula Nona: O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura, enquanto perdurar.
Parágrafo Único: O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento da mensalidade implicará no cancelamento deste benefício.

Cláusula Décima: A Remoção Aérea, nesta data, tem o valor de R$ 4,54 (quatro reais e cinquenta e quatro centavos) por Beneficiário inscrito.
Parágrafo Único: O benefício sofrerá reajuste anual proporcional ao percentual do reajuste autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), na data de reajuste do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia contratado com a **CONTRATADA**.

Cláusula Décima Primeira: Das obrigações do CONTRATANTE:
Parágrafo Primeiro: Inscrever a totalidade dos beneficiários no opcional Remoção Aérea, observando a forma aqui fixada.
Parágrafo Segundo: Pagar, mensalmente, as faturas emitidas pela CONTRATADA em seu vencimento.
Parágrafo Terceiro: O atraso no pagamento acarretará a incidência de multa de 10% (dez por cento) e juros de mora de 2% (dois por cento) ao mês.

Cláusula Décima Segunda: Das Obrigações da CONTRATADA:
Parágrafo Único: Manter cadastro atualizado de acordo com o Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia firmado junto a esta CONTRATADA.

Cláusula Oitava: Os procedimentos para o traslado se dará da seguinte forma:

a) Em qualquer lugar do Brasil, o médico responsável pelo atendimento deverá ligar para o número 0800-41-4554 (Plantão 24 (vinte e quatro) horas), e/ou (43) 3511-2012. Nesse contato, o médico deverá se identificar e passar as seguintes informações: nome do Beneficiário; nome da Unimed de origem; código do Beneficiário Unimed; nome do médico responsável pela recepção à equipe do Transporte Aéreo; estabelecimento médico-hospitalar no qual ele se encontra.

b) O médico responsável pelo traslado, após exame clínico, fará o encaminhamento ao Centro de Referência mais adequado à continuidade do tratamento, de acordo com a patologia apresentada. O translado aeromédico será orientado para os hospitais em conformidade com o Plano de Saúde Unimed do Beneficiário.

Parágrafo Único: O traslado e a internação do Beneficiário em um hospital fora da área de ação da Unimed da qual ele é pertencente necessitarão de autorização prévia desta.

Cláusula Nona: O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura, enquanto perdurar.

Parágrafo Único: O atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento da mensalidade implicará no cancelamento deste benefício.

Cláusula Décima: A Remoção Aérea, nesta data, tem o valor de R$ 4.554 (quatro reais e cinquenta e quatro centavos) por Beneficiário inscrito.

Parágrafo Único: O benefício sofrerá reajuste anual proporcional ao percentual do reajuste autorizado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), na data de reajuste do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia contratado com a **CONTRATADA**.

Cláusula Décima Primeira: Das obrigações do CONTRATANTE:

Parágrafo Primeiro: Inscrever a totalidade dos beneficiários no opcional Remoção Aérea, observando a forma aqui fixada.

Parágrafo Segundo: Pagar, mensalmente, as faturas emitidas pela CONTRATADA em seu vencimento.

Parágrafo Terceiro: O atraso no pagamento acarretará a incidência de multa de 10% (dez por cento) e juros de mora de 2% (dois por cento) ao mês.

Cláusula Décima Segunda: Das Obrigações da CONTRATADA:

Parágrafo Único: Manter cadastro atualizado de acordo com o Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Serviços de Diagnóstico e Terapia firmado junto a esta CONTRATADA.

Unimed Norte Pioneiro-PR
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

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente contrato de prestação de serviços aeromédicos, opcional denominado Remoção Aérea, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Jacarezinho (PR), de julho de 2018.

RAZÃO SOCIAL
RESPONSÁVEL
CARGO

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:

ESTADO DO PARANÁ **PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ** CNPJ: 76.235.761/0001-94 RUA: MAURO CARDOSO DE OLIVEIRA, 190 CEP: 86380-000 - ANDIRÁ – PR	**CHAMAMENTO PÚBLICO** **Nº. 006/2018** Processo Administrativo: Data do Processo: 04/07/2018

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE HABILITAÇÃO E JULGAMENTO

OBJETO DA LICITAÇÃO:

CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DOS SERVIDORES ATIVOS, COMISSIONADOS, INATIVOS E PENSIONISTAS QUE ADERIREM AO PLANO DE SAÚDE, VISANDO A DISPONIBILISAÇÃO A OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVOS EMPRESARIAIS COM ABRANGENCIA EM TODO O ESTADO DO PARANÁ OU REGIONAL AOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE ANDIRÁ E AO FUNPESPA

Às 11h:00m do dia 04 de Julho de 2018, na sede da Prefeitura do Município de Andirá, situada à Rua Mauro Cardoso de Oliveira nº 190, reuniu-se a Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 11.577, de 08 de Maio de 2018, constituída por: Tatiane Aparecida Marchiori, Yankiton Francisco Rodrigues e Allan Pierre Barbezani, sob a presidência da primeira, julgar as propostas apresentadas à licitação na modalidade Chamamento Público nº 006/2018 cujo objeto está acima descrito. Protocolou o envelope nº 01 – HABILITAÇÃO o licitante: **UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO M[EDICO**, Inscrito no CNPJ sob o n° **78.953.023/0001-08**.

Iniciando a sessão, foi rubricado o envelope protocolado, seguido da abertura do envelope nº I – documentos para habilitação, que foram analisados e rubricados pelos presentes, após análise minuciosa dos documentos apresentados pelo participante, o licitante acima mencionado foi habilitado.

A Presidenta declara CREDENCIADO o licitante para o serviço objeto do referido Chamamento Público.

E para constar, lavrou-se a presente ata, a qual lida e achada conforme pelos membros presentes, vai por todos assinada.

Andirá, 04 de Julho de 2018

COMISSÃO:

TATIANE APRECIDA MARCHIORI Tatiane Aparecida Marchiori PRESIDENTE

YANKITON FRANCISCO RODRIGUES _____ SECRETÁRIO

ALLAN PIERRE BARBEZANI _____ MEMBRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ

CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

TERMO DE INEXIBILIDADE DE LICITAÇÃO

01 – DO OBJETO

01.1 - Constitui objeto desta, inexigibilidade de licitação, referente **credenciamento** de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, plano de saúde, com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados, conforme tabela a seguir.

Item	Descrição	Unid	Quant	Valor Unit	Valor Total
1	**Credenciamento** de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados que aderirem a plano de saúde, visando a disponibilização a operadoras de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais com abrangência em todo estado do Paraná ou regional aos Servidores do município de Andirá e a Autarquia do Funpespa.	Serv.	1	Sem ônus para o município	

02 – DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO

02.1 - A execução dos serviços deverá cumprir o previsto neste termo e as determinações da Secretaria Municipal de Administração

03– DOS PREÇOS

03.1– Contratação sem ônus para o município.

04 – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO:

04.1 - A vigência da presente contratação será de até 60 (meses) meses, determinado pelo inciso II, do Artigo 57, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações, mediante celebração de Termo Aditivo, de comum acordo entre as partes, com justificativa da Secretaria Municipal de Administração e devidamente aprovado pela Prefeita Municipal de Andirá.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ

CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

DECISÃO:

Encaminho a Senhora Prefeita, ordenadora de despesas, a inexigibilidade de licitação, com fundamento no caput do art. 25, da Lei nº 8.666/93, **credenciamento** de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, plano de saúde, com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados, conforme tabela.

Face ao disposto no art. 26, da Lei nº 8.666/93, submeto o ato à autoridade superior para ratificação.

Andirá, 13 de Julho de 2018.

Tatiane Aparecida Marchiori

TATIANE APARECIDA MARCHIORI
PRESIDENTA DA COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ

CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 030/2018

Ratifico a INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 030/2018, para a empresa: **UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Inscrito no CNPJ sob o n° **78.953.023/0001-08**, sem ônus para o município, para credenciamento de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, plano de saúde, com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados em conformidade com os artigos 26 da Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94, com base no Artigo 25, caput, da Lei nº 8.666/93.

Andirá, 16 de Julho de 2018.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Paço Municipal "Bráulio Barbosa Ferraz", Município de Andirá, Estado do Paraná, em 13 de julho de 2018, 75° da Emancipação Política.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Publicado por:
Pablo Antunes Chagas Alberto
Código Identificador:4563DB0A

GABINETE DA PREFEITA
PORTARIA Nº. 11.664 DE 13 DE JULHO DE 2018

SÚMULA: *Lotação do Servidor Público, Claudeci Batista Borges - Agente de serviços.*

IONE ELISABETH ALVES ABIB, Prefeita Municipal de Andirá, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e,

CONSIDERANDO que o Servidor Público Municipal do quadro efetivo, **CLAUDECI BATISTA BORGES,** ocupante do cargo de **AGENTE DE SERVIÇOS,** está lotado na Secretaria Municipal de Viação e Serviços Públicos;

CONSIDERANDO a falta de mão de obra na Secretaria Municipal de Educação,

RESOLVE:

Art. 1° Lotar o Servidor Público do quadro efetivo, **CLAUDECI BATISTA BORGES**, na Secretaria Municipal de Educação, a partir do dia 16 de julho de 2018.

Art. 2°. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3°. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal "Bráulio Barbosa Ferraz", Município de Andirá, Estado do Paraná, em 13 de julho de 2018, 75° da Emancipação Política.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Publicado por:
Pablo Antunes Chagas Alberto
Código Identificador:AF5234DC

GABINETE DA PREFEITA
PORTARIA Nº. 11.665 DE 13 DE JULHO DE 2018

SÚMULA: *Lotação do Servidor Público, Edson Alfaro - Agente de serviços.*

IONE ELISABETH ALVES ABIB, Prefeita Municipal de Andirá, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e,

CONSIDERANDO que o Servidor Público Municipal do quadro efetivo, **EDSON ALFARO,** ocupante do cargo de **AGENTE DE SERVIÇOS,** está lotado na Secretaria Municipal de Viação e Serviços Públicos;

CONSIDERANDO a falta de mão de obra na Secretaria Municipal de Educação,

RESOLVE:

Art. 1° Lotar o Servidor Público do quadro efetivo, **EDSON ALFARO**, na Secretaria Municipal de Educação, a partir do dia 16 de julho de 2018.

Art. 2°. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3°. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal "Bráulio Barbosa Ferraz", Município de Andirá, Estado do Paraná, em 13 de julho de 2018, 75° da Emancipação Política.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Publicado por:
Pablo Antunes Chagas Alberto
Código Identificador:88B0C6A6

GABINETE DA PREFEITA
PORTARIA Nº. 11.666 DE 13 DE JULHO DE 2018

SÚMULA: *Lotação do Servidor Público, Wilson Campos - Agente de serviços.*

IONE ELISABETH ALVES ABIB, Prefeita Municipal de Andirá, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei e,

CONSIDERANDO que o Servidor Público Municipal do quadro efetivo, **WILSON CAMPOS,** ocupante do cargo de **AGENTE DE SERVIÇOS,** está lotado na Secretaria Municipal de Viação e Serviços Públicos;

CONSIDERANDO a falta de mão de obra na Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo,

RESOLVE:

Art. 1° Lotar o Servidor Público do quadro efetivo, **WILSON CAMPOS**, na Secretaria Municipal de Obras e Urbanismo, a partir do dia 04 de julho de 2018.

Art. 2°. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos, a partir do dia 04 de julho de 2018.

Art. 3°. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal "Bráulio Barbosa Ferraz", Município de Andirá, Estado do Paraná, em 13 de julho de 2018, 75° da Emancipação Política.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Publicado por:
Pablo Antunes Chagas Alberto
Código Identificador:FC75403A

GABINETE DA PREFEITA
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 030/2018

Ratifico a INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 030/2018, para a empresa: **UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Inscrito no CNPJ sob o n° **78.953.023/0001-08**, sem ônus para o município, para credenciamento de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, plano de saúde, com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados em conformidade com os artigos 26 da Lei 8.666/93, alterada pela Lei 8.883/94, com base no Artigo 25, caput, da Lei nº 8.666/93.

Andirá, 16 de Julho de 2018.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

Publicado por:
Pablo Antunes Chagas Alberto
Código Identificador:EECBE6C1

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ

CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO DE PROCESSO LICITATÓRIO

A Prefeita, IONE ELISABETH ALVES ABIB, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente pela Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, a vista do parecer conclusivo exarado pela Comissão de Licitações, resolve:

HOMOLOGAR E ADJUDICAR A PRESENTE LICITAÇÃO NESTES TERMOS:

a) Processo nº 144/2018

b) Licitação nº 030/2018

c) Modalidade: Inexigibilidade de Licitação

d) Data da homologação: 17/07/2018

e) Data da Adjudicação: 17/07/2018

f) Objeto da Licitação: **credenciamento** de pessoa jurídica para prestação de serviços de saúde, plano de saúde, com autorização de desconto em folha de pagamento dos servidores ativos, inativos, pensionistas e comissionados.

g) Vencedor: **UNIMED NORTE PIONEIRO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

h) Valor total: Sem ônus para o município

Após, à Contabilidade para formalização, através da Nota de Empenho.

Gabinete da Prefeita, em 17 de Julho de 2018.

IONE ELISABETH ALVES ABIB
Prefeita Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ

CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIMED NORTE PIONEIRO – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MUNICÍPIO DE ANDIRÁ, OBJETIVANDO A CONTRATAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, ATRAVÉS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, DIAGNÓSTICOS E TERAPIA.

Pelo presente termo, a **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 Suplementa r 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 - 000, SAC: 0800 - 414554, SAC Deficiente Auditivo/Fala: 0800 - 6422009, 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 **CONVENIADA** e **MUNICÍPIO DE ANDIRÁ,** Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede administrativa na Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190, Andirá – PR, inscrita no CNPJ sob o nº 76.235.761/0001-94, neste ato representado pela Prefeita Ione Elisabeth Alves Abib, residente e domiciliado no município de Andirá – Pr, denominado **CONVENENTE** resolvem celebrar o presente Convênio, nos moldes da Lei Municipal nº 3.034 de 07 de março de 2018, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

CONSTITUI OBJETO DO PRESENTE TERMO DE CONVÊNIO A CONTRATAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, ATRAVÉS DE PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES, DIAGNÓSTICOS E TERAPIA, VISANDO SUAS DISPONIBILIDADES AOS EMPREGADOS/SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS ATIVOS, INATIVOS E PENSIONISTAS QUE MANIFESTAREM O INTERESSE AOS SEGUINTES PLANOS DE SAÚDE:

1. Tipo de Contratação: O contrato deverá observar o ***Regime de Contratação Coletivo Empresarial***, entendido como aquele que oferece cobertura da atenção à saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia.

2. Beneficiários – Caberá ao servidor, a análise e contratação, por meio do Termo de Adesão, do plano que melhor se adequar às suas necessidades (Enfermaria ou Apartamento).

3. Somente farão parte, aqueles que manifestarem seu conhecimento e concordância, e assim autorizarem o desconto em folha de pagamento em seus nomes ou de seus dependentes participantes no plano, mantidas as demais condições e termos que estão previstos nos CONTRATOS INDIVIDUALIZADOS DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE firmados e assinados entre as partes **CONVENIADA E CONVENENTE**.

4. **Início de Vigência:** o presente Convênio passará a vigorar a partir da data de celebração dos contratos individualizados de cada um dos planos de saúde já firmados e assinados entre as partes, conforme Propostas de Adesão nº .....

5. Planos Contratados:

Plano 01:

Nome Comercial do Plano:	COLETIVO EMPRESARIAL ENFERMARIA COPARTICIPATIVO
Nº de Registro na ANS:	476.239/16-8
Segmentação:	AMBULATÓRIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
Abrangência:	ESTADUAL, em todo o território do estado do PARANÁ, dentro do SISTEMA UNIMED
Acomodação:	ENFERMARIA (COLETIVO)
Coparticipação:	50% (cinquenta por cento)

Plano 02:

Nome Comercial do Plano:	COLETIVO EMPRESARIAL PRIVATIVO COPARTICIPATIVO
Nº de Registro na ANS:	476.240/16-1
Segmentação:	AMBULATÓRIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
Abrangência:	ESTADUAL, em todo o território do estado do PARANÁ, dentro do SISTEMA UNIMED
Acomodação:	APARTAMENTO (PRIVATIVO)
Coparticipação:	50% (cinquenta por cento)

6. **Valores:** Fica estabelecido que, os produtos adquiridos pelos serventuários públicos municipais, seguirão os valores determinados na Proposta de Adesão nº ....., ficando pactuados que suas correções ocorreram em conformidade com o reajuste previsto na Cláusula FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE prevista no contrato de Assistência à Saúde.

7. **RESPONSABILIDADE DO PAGAMENTO Á CONVENIADA** – Não haverá contribuição da Administração Pública para custeio do convênio formalizado, sendo de responsabilidade do servidor o pagamento dos valores contratados a CONVENENTE, admitido o desconto em folha de pagamento,

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANDIRÁ
CGC/MF - 76.235.761/0001-94
Rua Mauro Cardoso de Oliveira, 190
Fone/Fax: (0**43)3538-8100 e-mail www.andira.pr.gov.br

e esta repassará a CONVENIADA os valores das mensalidades e as coparticipações das utilizações de consulta e exames que ocorrerem em nome do serventuário municipal ou seu dependente inscrito.

8. Reajuste: Para aplicação do cálculo de reajuste, prevista na Cláusula FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE do Contrato de Assistência à Saúde, será considerada a totalidade de beneficiários inscritos nos planos contratados através do presente instrumento.

9. Períodos de Carências e Análise de Doença e Lesão Preexistente: Para aplicação das regras de carência e doenças e lesões pré-existentes, previstas nas Cláusulas PERÍODOS DE CARÊNCIA e DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES do Contrato de Assistência à Saúde, será considerada a totalidade de beneficiários inscritos nos planos contratados por meio do presente instrumento.

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE:

I- Fornecer à Unimed, relação dos servidores proponentes ao plano de saúde, com indicação dos valores máximos disponíveis a serem descontados em folha de pagamento;

II- Recepcionar e remeter os arquivos e documentos necessários à operacionalização deste Convênio;

III- Descontar em folha de pagamento o valor das mensalidades e das coparticipações em favor da CONVENIADA;

a- Os valores das coparticipações serão aqueles que a CONVENIADA informar ao CONVENENTE, conforme for à utilização dos servidores e de seus dependentes.

IV- Repassar por quitação até o 5° (quinto) dia útil contado da data do crédito do salário dos servidores, o total dos valores repassados pela Conveniada;

V- Pela administração do Convênio fica estabelecido que a movimentação de beneficiários supracitados é de responsabilidade da CONVENIADA, porém sempre com a anuência da CONVENENTE, uma vez que é desta a responsabilidade do vínculo trabalhista.

11. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA:

I – Disponibilizar através de sua rede de assistência médico hospitalar estadual cobertura de atendimento ao contrato de plano de saúde, observadas suas normas operacionais vigentes assistência, suficiente a cobertura do Rol de Procedimentos e sua programação financeira, aos servidores da CONVENENTE;

II – Fornecer à CONVENENTE, até o dia 15 (quinze) de cada mês, arquivo e/ou extrato, contendo a identificação de cada contrato, nome do servidor/devedor e o valor da prestação a ser descontado em folha de pagamento.

12. DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Convênio vigorará da data de assinatura do mesmo até 60(sessenta) dias, podendo ser alterado ou complementado, por acordo entre as partes, formalizado através de Termos Aditivos.