

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.

PESSOA JURÍDICA COM CO-PARTICIPAÇÃO - NACIONAL

Protocolo na ANS nº 343269

CONTRATANTE: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA, com sede na Rua Maringá, n.º 2400, em Londrina – PR, inscrita no C.N.P.J./MF sob n.º 78.305.224/0001-07.

CONTRATADA: UNIMED DE LONDRINA – Cooperativa de Trabalho Médico, com sede na Rua Senador Souza Naves, nº 1.333, Londrina – PR, inscrita no CNPJ/MF sob nº 75.222.224/0001-47.

Condições Gerais

1. – OBJETO DO CONTRATO

- 1.1 O presente contrato tem por objeto a cobertura de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia, aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições que seguem, facultada a contratação das Cláusulas Adicionais, sendo obrigatória a especificação de contratação de cada uma delas;
- 1.2 É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, Relatório de Entrevista Qualificada feita pelo usuário, Ficha de Análise Pericial, **caso sejam realizadas**, relação de prestadores e relação de hospitais não abrangidos por este Plano.

2. DEFINIÇÕES

Contratante: Pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde de seus empregados, dirigentes ou associados.

Contratada: A Cooperativa, na qualidade de Mandatária de seus Cooperados e dos Cooperados de suas associadas.

Co-participação: É o montante, definido contratualmente em termos percentuais ou valores pré determinados, que o CONTRATANTE deve compartilhar com a Operadora em cada evento.

Atendimento Ambulatorial : É o atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos



1

para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN ou similares.

Atendimento Hospitalar : É o atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em hospitais e prontos-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação.

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.

Urgência: Situação que exige atuação médica, porém não necessariamente imediata.

Usuário: Pessoa que usa ou desfruta dos serviços contratados.

Emergência: Situação que exige atuação médica imediata sem tempo de preparo do paciente e que implica risco de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário.

Carência: Período entre a data de início da vigência do contrato e a concessão de benefícios em que o usuário não pode utilizar os serviços contratados.

Doença ou Lesão Preexistente: Doenças ou lesões adquiridas pelo usuário antes da sua inscrição no contrato.

Órtese: Acessório usado em atos cirúrgicos. Não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

Prótese: Peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

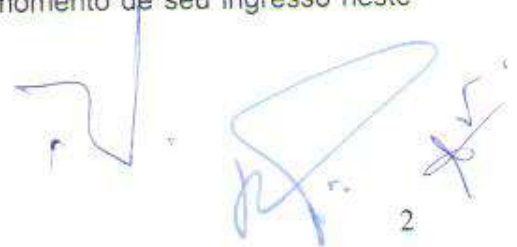
Evento : É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica hospitalar, que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Proposta : É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar Plano de Assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais específicas do produto que esteja adquirindo.

Contrato : Conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos tanto da CONTRATADA como do CONTRATANTE.

Mensalidade : Cada um dos pagamentos efetuados pelos CONTRATANTES para custeio do Plano de Assistência à Saúde, mesmo que em periodicidade diversa do mensal.

Entrevista Qualificada : Ato em que o usuário titular deverá responder aos quesitos pertinentes a si e a seus dependentes, referentes a condições de saúde e de doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento de seu ingresso neste Plano.



Exame Pericial de Admissão : Ato médico executado por profissional indicado pela CONTRATADA com a finalidade de identificar qualquer alteração do estado de saúde do Usuário Funcionário ou de seus dependentes, antes do ingresso destes neste Plano.

Agravo : É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do Plano.

Cálculo Atuarial : É o cálculo estatístico com base em análise de informações sobre frequência de utilização, tipo de cobertura, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do Plano e cálculo das contraprestações.

Eletivo : É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Cobertura Parcial Temporária : É aquela que admite, num prazo determinado, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às exclusões estabelecidas quando da contratação do Plano.

Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) : É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas a prestação de serviços de saúde suplementar, nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

3 - LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 Os serviços ora contratados serão prestados pelos Médicos Cooperados, Serviços Próprios, contratados ou credenciados da CONTRATADA ou das Cooperativas associadas a esta, e por qualquer Serviço Médico Cooperado, contratado ou credenciado de qualquer Cooperativa Médica UNIMED, constantes na relação entregue ao CONTRATANTE, excetuando-se os hospitais que, mesmo credenciados por Cooperativas Médicas UNIMEDs, encontram-se discriminados na relação entregue ao CONTRATANTE e constantes como não cobertos por este Plano, cuja atualização será mensal e estará disponibilizada na sede da CONTRATADA, devendo ser consultada sempre quando da utilização de serviços fora do Estado do Paraná.

4. - USUÁRIOS

4.1 São considerados usuários funcionários: os associados, dirigentes ou empregados do CONTRATANTE, inscritos como tal para fins deste contrato; poderão ser considerados usuários dependentes:

- a) Cônjuge;
- b) Filhos, enquanto solteiros e dependentes econômicos;
- c) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- d) a companheira ou o companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial.



- 4.2 A inclusão de pai, mãe, sogro, sogra e outros, desde que dependentes economicamente do titular, considerados agregados para fins deste contrato, poderá, a critério da CONTRATADA, ser aceita.

5 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

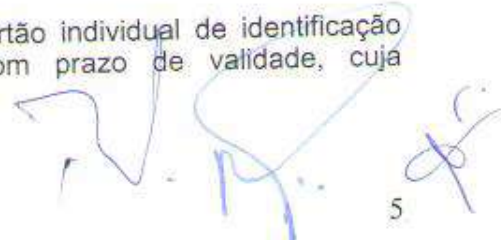
- 5.1 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer a relação dos usuários a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a sua condição de vinculação com a empresa, responsabilizando-se pela indicação de dependência e informando se há previsão dos usuários contribuírem de alguma forma para o custeio das coberturas deste contrato;
- 5.2 A CONTRATANTE obriga-se a comunicar à CONTRATADA as inclusões e exclusões de usuários no Plano estabelecido neste contrato, por escrito e na data pactuada no momento da contratação;
- 5.3 Inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela CONTRATADA;
- 5.4 A inclusão de filhos do usuário funcionário nascidos na vigência deste contrato e cujo parto tenha tido cobertura, deverá ser feita em até 30 (trinta) dias, contados da data do nascimento. Os filhos, cujo parto não tenha sido coberto pelo presente contrato, cumprirão as carências previstas neste contrato;
- 5.5 A isenção de carência quando da inclusão de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, durante a vigência do contrato, obedecerá o mesmo prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da adoção, salvo quando o titular estiver em período de carência;
- 5.6 A inclusão de **filhos naturais ou adotivos**, mesmo os nascidos na vigência deste contrato, e do cônjuge, fora dos prazos mencionados nos itens anteriores, estará subordinada ao cumprimento integral, a partir da inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos e nas cláusulas adicionais eventualmente contratadas;
- 5.7 É assegurada a inscrição dos novos dirigentes, associados ou empregados da CONTRATANTE com os mesmos prazos de carência estabelecidos na cláusula 8;
- 5.8 Será automaticamente excluído do contrato, através de imediata comunicação escrita da CONTRATANTE, comprovadamente entregue à CONTRATADA, o usuário funcionário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- 5.9 A exclusão do usuário funcionário cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como agregados se houver;
- 5.10 Os filhos que perderem a condição de dependência, poderão assinar novo contrato em até 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do direito como usuário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato;
- 5.11 A CONTRATADA assegura ao usuário funcionário que contribuir para o Plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua

condição de usuário e seus dependentes regularmente inscritos, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE;

- 5.12 O período de manutenção da condição de usuário será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses;
- 5.13 A CONTRATADA assegura ao usuário funcionário que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como usuário e seus dependentes regularmente inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE;
- 5.14 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, pelo período inferior ao fixado no item anterior, é assegurado o direito de manutenção como usuário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do Plano;
- 5.15 A condição de usuário assegurada nos itens 5.12 e 5.14 deixará de existir quando da admissão do usuário em outro emprego;
- 5.16 Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, dirigente ou associado, bem como seus respectivos dependentes que, na data da assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica;
- 5.17 Para contratos onde o número de usuários inicialmente inscritos seja inferior a 50 (cinquenta) participantes, poderá ser estabelecido agravo no preço pela presença de doença ou lesão preexistente, ou cobertura parcial temporária pelo prazo de 24 meses, conforme opção do CONTRATANTE;
- 5.18 Para contratos onde o número de usuários inicialmente inscritos seja inferior a 50 (cinquenta) participantes, para o cumprimento do item 5.17, poderá ser requisitado pela CONTRATADA o preenchimento do formulário de Entrevista Qualificada a ser realizada pelo usuário funcionário com médico do seu quadro de Cooperados, ou a realização de Exame Pericial Admissional;
- 5.19 O ônus pela realização da Entrevista Qualificada, quando realizada com médico de sua relação de prestadores será da CONTRATADA, bem como o do Exame Pericial Admissional;
- 5.20 A presença de doenças ou lesões preexistentes com os respectivos agravos, ou a cobertura parcial temporária, constará da Ficha de Análise Pericial que será anexada a este contrato.

6. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

- 6.1 A CONTRATADA fornecerá aos usuários o cartão individual de identificação referente ao Plano a que pertencerem, com prazo de validade, cuja



apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários;

- 6.2 É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de usuários, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante a última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução ou resilição do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos;
- 6.3 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários funcionários, dependentes ou agregados, que perderam essa condição por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes;
- 6.4 Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deve comunicar, por escrito, à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

7. COBERTURA

- 7.1 As coberturas estão discriminadas nesta cláusula nos dois módulos: A e B e poderão ser escolhidas de forma completa com as duas modularidades, ou conforme as opções que estão apresentadas na proposta de adesão e que faz parte integrante deste contrato.

A . Módulo Ambulatorial

B . Módulo Hospitalar

B . 1 . Módulo Hospitalar Básico

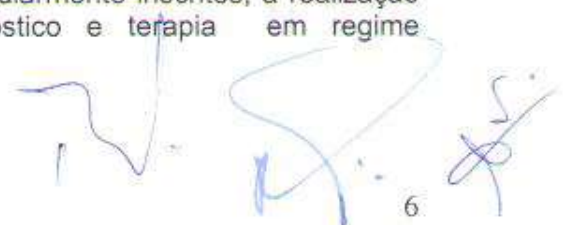
B . 2 . Módulo Hospitalar Superior

B . 3 . Módulo Hospitalar Básico com obstetrícia

B . 4 . Módulo Hospitalar Superior com obstetrícia

7.2 Módulo Ambulatorial

- 7.2.1 A CONTRATADA assegura, aos usuários regularmente inscritos, a realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime

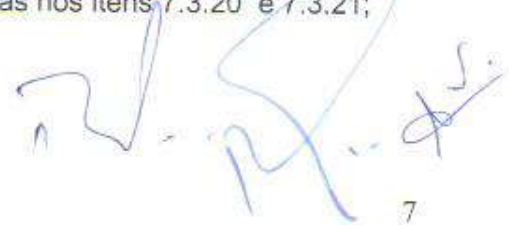


ambulatorial, conforme reza a resolução nº 10/98 do CONSU, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede de prestadores, observado o disposto na cláusula 11, também observados os serviços não cobertos indicados na cláusula 10 e cumpridas as carências especificadas na cláusula 8;

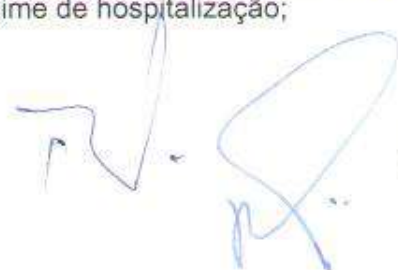
- 7.2.2. Cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas de pré-natal;
- 7.2.3. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, fisioterapias, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação entendido como período superior a 12 horas de permanência hospitalar;
- 7.2.4. Cobertura de atendimentos ambulatoriais de urgências e/ou emergências que demandem observações de até o limite de 12 horas, período após o qual o tratamento será entendido como internamento e não terá cobertura;
- 7.2.5. Cobertura de remoção, dentro da área de abrangência, após atendimentos classificados como urgência/emergência, dentro do período de 12 horas, quando caracterizada a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente;
- 7.2.6. Cobertura para hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
- 7.2.7. Cobertura para quimioterapia ambulatorial;
- 7.2.8. Cobertura para radioterapia – (Megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia);
- 7.2.9. Cobertura para hemoterapia ambulatorial;
- 7.2.10. Cobertura para psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

7.3 Módulo Hospitalar

- 7.3.1. A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos, o internamento hospitalar, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de Doenças, exclusivamente dentro de sua rede de prestadores, observado o disposto na cláusula 11 e os serviços não cobertos especificados na cláusula 10;
- 7.3.2. Diárias de internação hospitalar, em quarto coletivo / padrão enfermaria, para os optantes do **Módulo B. 1 e B. 3**, desde que justificado pelo médico assistente, observadas as limitações explicitadas nos itens 7.3.20 e 7.3.21;



- 7.3.3 Diárias de internação hospitalar, em acomodação de apartamento simples, com direito a acompanhante, para os optantes do **Módulo B. 2 e B. 4**, desde que justificado pelo médico assistente, observadas as limitações explicitadas nos itens 7.3.20 e 7.3.21;
- 7.3.4 Exames complementares necessários para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação;
- 7.3.5 Honorários médicos através de médicos cooperados, serviços contratados e ou credenciados;
- 7.3.6 Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais materiais necessários;
- 7.3.7 Taxas hospitalares e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- 7.3.8 Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem indispensáveis ao tratamento;
- 7.3.9 Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
- 7.3.10 Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- 7.3.11 Despesas com remoção do usuário entre hospitais, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, respeitada a área de abrangência da CONTRATADA;
- 7.3.12 Quimioterapia, radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
- 7.3.13 Nutrição parenteral e enteral, como complemento de tratamento realizado em regime de internação;
- 7.3.14 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, mesmo quando realizados ambulatorialmente;
- 7.3.15 Embolizações e radiologia intervencionista, mesmo quando realizadas ambulatorialmente;
- 7.3.16 Exames pré-anestésicos;
- 7.3.17 Hemodiálise e diálise peritoneal, bem como acompanhamento imediato e tardio de pacientes transplantados de córnea e de rins, após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;



- 7.3.18 Fisioterapia após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização;
- 7.3.19 Procedimentos buco-maxilares eletivos e traumatológicos e cirurgias odontológicas orais, quando necessário sua realização em ambiente hospitalar sob regime de anestesia geral;
- 7.3.20 Cobertura integral de 30 (trinta) dias de internamento, por ano de contrato, em hospital psiquiátrico ou em unidade psiquiátrica de hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crise;
- 7.3.21 Cobertura integral de 15 dias de internação, por ano de contrato, em hospital geral para tratamento de quadro de abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de internação;
- 7.3.22 Cobertura para transplantes de córnea e rins, bem como despesas com doadores vivos e acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção e observado que os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.

7.4 Opcional Obstétrico

- 7.4.1 São assegurados, aos usuários regularmente inscritos, a cobertura de consultas médicas de pré-natal, exames complementares, bem como atendimentos médicos-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com a gravidez e parto, quando realizados exclusivamente pelos prestadores da CONTRATADA, observado o disposto na cláusula 11 e observados os prazos carenciais;
- 7.4.2 Os filhos nascidos dos partos cobertos por este contrato terão cobertura das despesas com honorários de pediatra, diárias de berçário e/ou UTI neonatal, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao atendimento, pelo período de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do nascimento. Após este prazo a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido no contrato;
- 7.4.3 Em caso de necessidade de assistência médico-hospitalar, decorrente da condição gestacional coberta por este opcional, porém estando a usuária dentro do período de carência, a CONTRATADA estará obrigada a somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no módulo ambulatorial especificada na cláusula 7.2.

8. CARÊNCIAS

- 8.1 As carências explicitadas nesta cláusula deverão ser cumpridas para os contratos onde a contratação coletiva estará condicionada a adesão de

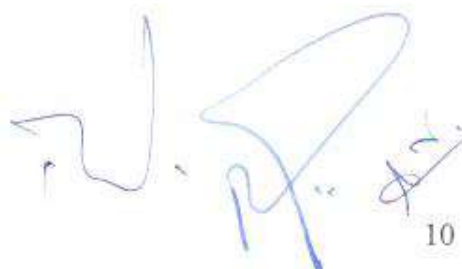
forma espontânea e opcional dos usuários da CONTRATANTE e nos casos em que, na contratação coletiva empresarial, o número de usuários inscritos seja igual ou menor que 50 (cinquenta) usuários;

8.2 Quando couber cumprimento de carências, estas serão contadas a partir da data de início de vigência do contrato para os usuários inscritos no seu início e, a partir da data de inclusão, desde que devidamente aceita pela CONTRATADA, quando as inclusões ocorrerem após o início da vigência do contrato, sendo assim especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgências decorrentes de acidentes pessoais, para os portadores do módulo hospitalar;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames de patologia clínica incluídos no capítulo 28 da Tabela da Unimed do Estado do Paraná, protocolada junto com este contrato e colocada à disposição do CONTRATANTE;
- c) 90 (noventa) dias para outros exames, exceto os relacionados no item d;
- d) 180 dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos sejam em regime de internamento ou ambulatorial, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia e hemodinâmica;
- e) 90 dias para procedimentos de reabilitação física e fisioterapia;
- f) 300 dias para parto a termo;
- g) 180 dias para quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise;
- h) 24 meses para atendimento à doenças ou lesões preexistentes, identificadas por exame pericial ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada e que não tenha sido feita opção por agravo de preço para cobertura destas doenças na data da contratação;
- i) 24 meses para atendimento às doenças que se comprovar serem de conhecimento prévio do usuário e que não tenham sido informadas pelo usuário na entrevista qualificada, quando da sua admissão ao Plano;
- j) Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência das doenças ou lesões identificadas e documentadas na Ficha de Análise Pericial como preexistentes, cumprirão a carência de 24 horas e terão cobertura igual a do módulo ambulatorial, independente da modularidade contratada;
- k) Os atendimentos caracterizados como de emergência não provenientes de acidentes pessoais, já caracterizado na letra (a) deste item, para os portadores do módulo hospitalar, durante os períodos de carência, deverão abranger a cobertura igual àquela do módulo ambulatorial, não estando garantido portanto cobertura para internações;

8.3 Contratada a ampliação de cobertura, os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada uma delas, contadas a partir da data da ampliação.

9. - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO



- 9.1 A CONTRATADA assegurará aos usuários inscritos os serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e auxiliares de diagnóstico e terapia previstos neste contrato, obedecida a cobertura contratada, conforme especificado abaixo:
- a) consultas: os usuários serão atendidos no local de atendimento dos médicos cooperados da UNIMED, relacionado no Guia Médico emitido pela CONTRATADA de acordo com as normas de atendimento desta ou nos serviços de emergência próprios, conveniados e/ou contratados das cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed;
 - b) atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED;
 - c) exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados através da rede própria, contratada ou credenciada pela UNIMED, mediante solicitação exclusiva de médico cooperado;
 - d) Os usuários com mais de 65 anos, lactentes, lactantes e crianças até 5 anos serão privilegiadas no atendimento.
- 9.2 Para ter acesso a qualquer atendimento na modularidade escolhida, o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido, fornecido pela CONTRATADA, acompanhado de um documento de identidade;
- 9.3 Será distribuído ao CONTRATANTE o Guia Médico editado pela CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação com os respectivos endereços das cooperativas UNIMEDs participantes e a **relação de hospitais que, mesmo credenciados por alguma cooperativa participante do Sistema Nacional UNIMED, não terá qualquer tipo de atendimento coberto por este plano, cuja atualização será mensal e estará disponibilizada na sede da CONTRATADA, devendo ser consultada sempre quando da utilização de serviço fora do Estado do Paraná;**
- 9.4 Pretendendo o usuário utilizar-se dos serviços assegurados fora da área de ação da CONTRATADA e dentro da área de ação de outra cooperativa UNIMED participante, deverá ele se dirigir à cooperativa para as informações necessárias a fim de facilitar este atendimento;
- 9.5 A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratada;
- 9.6 No caso de não haver disponibilidade de acomodação hospitalar do nível contratado nos estabelecimentos próprios, contratados ou credenciados, é garantido o acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional.

10. – SERVIÇOS EXCLUÍDOS

10.1 SERVIÇOS EXCLUÍDOS EM TODOS OS MÓDULOS



- 10.1.1 Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.), cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
- 10.1.2 Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
- 10.1.3 Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- 10.1.4 Medicamentos de uso domiciliar;
- 10.1.5 Medicamentos e materiais importados não nacionalizados;
- 10.1.6 Transplantes, exceto os de rins e córneas;
- 10.1.7 Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições do Plano contratado;
- 10.1.8 Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos e tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com a mesma finalidade estética ou cosmética;
- 10.1.9 Acolhimento de idosos em clínicas de repouso e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 10.1.10 Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;
- 10.1.11 Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 10.1.12 Procedimentos de medicina ocupacional;
- 10.1.13 Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- 10.1.14 Procedimentos relacionados com os **Acidentes do Trabalho e suas consequências, bem como as moléstias profissionais, sendo passível de utilização pelo sistema de Custo Operacional, desde que haja prévia e expressa autorização da CONTRATANTE, e de acordo com as Tabelas de Serviços praticadas pela CONTRATADA.**

10.2 Serviços excluídos exclusivamente no módulo ambulatorial

- 10.2.1 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica;



- 10.2.2 Procedimentos ou exames que demandem permanência Hospitalar maior que 12 horas;
- 10.2.3 Procedimentos que impliquem em anestesia de tipo diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- 10.2.4 Quimioterapia intratecal ou as que demandem internação;
- 10.2.5 Radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
- 10.2.6 Nutrição enteral e parenteral;
- 10.2.7 Qualquer procedimento de odontologia;
- 10.2.8 Embolização e radiologia intervencionista.

10.3 Serviços excluídos exclusivamente no módulo Hospitalar

- 10.3.1 Consultas e serviços de diagnóstico e terapia, quando executados a nível ambulatorial e não caracterizado internamento hospitalar, definido no item 7.2.4, exceto aqueles indicados na cláusula da cobertura deste módulo;
- 10.3.2 Atendimento pré-natal quando não contratado o opcional obstétrico.

11. – CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

- 11.1 A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário funcionário ou ainda dependente regularmente inscrito, com assistência à saúde dentro do território nacional, nos **casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED;**
- 11.2 O reembolso de que trata o item 11.1 será efetuado de acordo com os valores das **Tabelas de Serviços da UNIMED,** no que se refere a honorários médicos, diárias e taxas hospitalares e nos preços médios de mercado, no que se refere a materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:
 - a) Relatório do médico assistente, declarando nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo 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 ou 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 e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- 11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência;
- 11.4 O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento ou ao término do contrato, o que ocorrer antes.

12. - PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por usuário, os valores

- a) Relacionados na proposta de admissão para efeito de inscrição, mensalidade e agravos por doença ou lesões preexistentes;
- b) Acrescidos da Participação de 30% sobre as despesas decorrentes de internamentos psiquiátricos que ultrapassarem os limites de cobertura integral estabelecidos nas cláusulas 7.3.20 e 7.3.21 até o limite de 60 dias, inclusive, quando então a participação naquelas despesas passará a ser de 50%.
- c) Também acrescidos de 50% sobre as despesas decorrentes da utilização dos procedimentos constantes da Cobertura Ambulatorial, até o limite máximo de co-participação de R\$ 50.00(cinquenta reais), para os inscritos no plano de enfermaria e limite máximo de co-participação de R\$ 100.00 (cem reais) para os inscritos no plano de Apartamento, por procedimento, conforme especificado nas cláusulas 12.9 e 12.10, e na Proposta de Adesão.

12.2 O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário, conforme os percentuais discriminados na Proposta de Adesão.

12.3 Os valores referentes a aquisição do opcional de obstetrícia não sofrerão qualquer reajuste em função de alteração de faixa etária;

12.4 Os usuários que estiverem no plano há 10 anos ou mais, não sofrerão reajuste por alteração de faixa etária quando completarem 60 anos.

12.5 As mensalidades serão pagas por aviso bancário, sempre até o vencimento assinalado e no local indicado;



- 12.6 Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas), ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais;
- 12.7 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas definidas neste contrato, implica em dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já reconhecido como dívida líquida e certa do CONTRATANTE, sendo passível de execução forçada;
- 12.8 O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, implicará sempre na suspensão total dos atendimentos, até a efetiva liquidação do débito, nos termos dos itens anteriores, e sem o prejuízo da CONTRATADA denunciar o contrato;
- 12.9 As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de usuários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subseqüentes;
- 12.10 A co-participação estabelecida na cláusula 12.1 – c, fica aqui definida que incidirá sobre **todas as despesas decorrentes da utilização do módulo Ambulatorial, com exceção das decorrentes com tratamentos de hemodiálise e/ou diálise peritoneal, radioterapia, quimioterapia e cirurgias ambulatoriais, que terão cobertura integral;**
- 12.11 Os valores a serem cobrados para os pagamentos nas participações das despesas, no caso da co-participação, serão calculados sobre a tabela de honorários da Unimed, tabela hospitalar da Unimed e materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados no mercado;
- 12.12 No caso de opção por acomodação de internamento superior à contratada, o usuário deverá arcar com a total diferença de preço e a complementação total dos honorários médicos, conforme negociação direta com os médicos assistentes e o serviço hospitalar.

13. - REAJUSTES

- 13.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão e na letra "c" da cláusula 12.1, foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos usuários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim qualquer alteração destes itens ensejará novos valores;
- 13.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em cálculo atuarial que, além dos fatores enumerados no item anterior, poderá ser revisto se houver: utilização comprovada acima da

média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento, ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato;

- 13.3 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata;
- 13.4 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento nos termos dos itens anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do IGPM (Índice 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.

14 - RESCISÃO DO CONTRATO

- 14.1 Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias;
- 14.2 Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extra-judicial, ocorrendo:
- a- Qualquer ato ilícito praticado pelos prepostos da CONTRATANTE e/ou por qualquer usuário, na utilização do objeto deste contrato;
 - b- Descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

Parágrafo Único: A critério da CONTRATADA, em substituição a rescisão do contrato, esta poderá optar, mediante prévio aviso à CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito, ou abuso, bem como do respectivo usuário funcionário a que ele estiver vinculado, aplicando-se, então, o disposto no artigo 5.8.

- 14.3 Antes do término deste contrato, é facultado a qualquer das partes a sua denúncia, **mediante comunicação escrita, com antecedência de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

Parágrafo Primeiro: O contrato que estiver vigente por prazo indeterminado, poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, sem quaisquer ônus.

Parágrafo Segundo: A falta de comunicação, nos termos deste artigo, implica na subsistência das obrigações assumidas.

Parágrafo Terceiro: Durante o prazo previsto neste artigo, não será admitida inclusão ou exclusão de usuários.



- 14.4 O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus usuários após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento, e/ou em virtude de decisão judicial, ser obrigada a custear procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

15 - DISPOSIÇÕES FINAIS

- 15.1 Este contrato terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, contados a partir da sua assinatura, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado;
- 15.2 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas deste contrato, implica em dever do CONTRATANTE pagar à CONTRATADA os custos dos serviços utilizados;
- 15.3 A inserção de mensagens no documento de cobrança das mensalidades valerá como intimação do CONTRATANTE, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento;
- 15.4 O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos usuários, em razão deste contrato, após a rescisão do mesmo;
- 15.5 Em caso de contratação com um número de usuários inicialmente inferior a 50 (Cinquenta) participantes, o CONTRATANTE reconhece que, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da lei 9.656/98, o usuário está obrigado a informar à CONTRATADA, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à sua inclusão como beneficiário, sob pena de imputação de fraude, sujeito à exclusão deste usuário do contrato bem como à cobrança pela CONTRATADA de eventuais prejuízos;
- 15.6 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado;
- 15.7 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que a CONTRATADA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito;
- 15.8 Rescindido o contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todas os cartões de identificação emitidos em favor de seus usuários, ficando responsável por todos os atos e procedimentos que porventura venham a ocorrer até a efetiva entrega dos mesmos, inclusive de despesas que possam acontecer face a utilização do mencionado cartão de identificação, cuja cobrança será concretizada através de fatura simples, independentemente de notificação judicial ou extra-judicial.
- 15.9 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber;



15.10 Fica eleito o Foro da cidade da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato;

15.11 Integram este contrato, para todos os fins de direito, as Cláusulas Adicionais, a Proposta de Adesão, os Relatórios de Entrevistas Qualificadas e Fichas de Análises Periciais, caso tenham sido requeridas, bem como demais anexos aceitos pelos contratantes.

Londrina, 01 de Março de 2005.



CONTRATANTE



CONTRATADA

UNIMED DE LONDRINA
Rafael Lamastra Jr.
Superintendência de Desenvolvimento e Mercado



TESTEMUNHA

UNIMED DE LONDRINA
Ricardo Häussler
Gestão de Vendas

TESTEMUNHA

ANS - n.º 343269

Rua Senador Souza Naves, 1.333 cep 86010-160 Londrina-PR
Telefone (43) 3375-6161 Fax (43) 3375-6100
www.unimedlondrina.com.br

**PROPOSTA DE ADESAO AO PLANO DE ASSISTENCIA
MEDICO-HOSPITALAR PARA PESSOA JURIDICA**

Unimed 
Londrina

UNIMED LONDRINA - Cooperativa de Trabalho Médico
Rua Senador Souza Naves, 1333 CEP 86010-170 Londrina, PR
Fones (43) 3375-5151 e 3375-6161 CNPJ 75.222.224/0001-47
http://www.unimedlondrina.com.br

Protocolo na ANS sob nº : 343269

CÓDIGO DO CONTRATANTE:

INÍCIO DE VIGÊNCIA: 01/03/2005

CONTRATANTE: **CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA**

C.N.P.J. - MF: 78.305.224/001-07

ENDEREÇO: **Rua Maringá, 2400**

COMPLEMENTO: CEP: 86060-000 BAIRRO: **Jardim Quebec**

CIDADE: **Londrina - PR** FONE: (43) 3348-3100 FAX: (43) 3348-3100

CONTATO: **Nelson Brandão**

DIA FATURAMENTO: 1 DIA VENCIMENTO FATURA: 10 DIA ENVIO DAS ALTERAÇÕES: ATÉ: 25

PLANOS	Plano / Nº de ordem e Nº Protocolo ANS	Nº Ord.	COM Co-participação
	UNIFORME ADESAO NACIONAL BÁSICO 50%	48	441.829/03-8
	UNIFORME ADESAO NACIONAL BÁSICO OBS. 50%	49	441.830/03-1
	UNIFORME ADESAO NACIONAL SUPERIOR 50%	50	441.831/03-0
	UNIFORME ADESAO NACIONAL SUPERIOR OBS. 50%	51	441.832/03-8

A CONTRATANTE, acima qualificada, através de seu representante legal, subscreve o presente termo de adesão ao Plano de Saúde Coletivo por Adesão, Ambulatorial + Hospitalar com Co-Participação em Enfermaria, Ambulatorial + Hospitalar com Co-Participação em Enfermaria com Obstetrícia, Ambulatorial + Hospitalar com Co-Participação em Apartamento e Ambulatorial + Hospitalar com Co-Participação em Apartamento com Obstetrícia, protocolado na ANS sob Nºs: 441.829/03-8, 441.830/03-1, 441.831/03-0 e 441.832/03-8 para usuários discriminados em documento anexo, com a observância do plano pretendido, declarando conhecer e aceitar o regulamento do Plano, reconhecimento e aceitação que se aperfeiçoa, tanto na condição de Contratante como também em nome e representação dos usuários inscritos, cujas condições gerais recebe neste ato e que, após lidas e achadas conforme, ficam fazendo parte integrante do presente ajuste.

TABELA DE VALOR MENSAL POR USUÁRIO INSCRITO e PERCENTUAIS DE VARIAÇÃO

Faixa	Amb.+ Hosp. Sem Obst.	Amb.+Hosp. Com Obst.	%	%	Amb.+ Hosp. Sem Obst.	Amb.+Hosp. Com Obst.	%	%
Idade	441.829/03-8 (1)	441.830/03-1 (2)	% (1)	% (2)	441.831/03-0 (3)	441.832/03-8 (4)	% (3)	% (4)
0 - 18	R\$ 31,53	R\$ 51,53	-	-	R\$ 44,69	R\$ 72,28	-	-
19 - 23	R\$ 42,50	R\$ 65,50	34,61%	22,61%	R\$ 59,00	R\$ 86,59	32,01%	20,99%
24 - 28	R\$ 54,71	R\$ 74,71	28,74%	20,53%	R\$ 74,52	R\$ 102,11	26,31%	18,82%
29 - 33	R\$ 56,98	R\$ 76,98	4,18%	3,16%	R\$ 77,48	R\$ 105,07	3,97%	3,02%
34 - 38	R\$ 61,29	R\$ 81,29	7,66%	5,82%	R\$ 84,19	R\$ 111,78	8,87%	6,85%
39 - 43	R\$ 64,57	R\$ 84,57	5,34%	4,18%	R\$ 88,32	R\$ 116,91	4,90%	3,83%
44 - 48	R\$ 77,59	R\$ 97,59	20,17%	15,96%	R\$ 117,38	R\$ 144,97	32,91%	26,00%
49 - 53	R\$ 93,45	R\$ 113,45	20,44%	16,77%	R\$ 151,01	R\$ 178,60	28,66%	23,88%
54 - 58	R\$ 111,30	R\$ 131,30	19,10%	16,16%	R\$ 215,80	R\$ 243,39	42,90%	37,14%
59 - 999	R\$ 156,08	R\$ 176,08	40,23%	34,90%	R\$ 265,60	R\$ 293,19	23,08%	20,82%

Londrina, 01 de Março de 2005.


CONTRATANTE


UNIMED DE LONDRINA
Ricardo Häussler
Gestão de Vendas

HOSPITAIS EXCLUÍDOS DA REDE UNIMED**Unimed** 

Londrina

PROPOSTA DE ADESÃO Nº

ANS - n.º 343269**NOME DO CONTRATANTE CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA.**

Conforme disposto no item – Condições de Atendimento, os Hospitais a seguir relacionados, denominados Hospitais de Tabela Própria e/ou Hospitais de Alto Custo, bem como, qualquer outro que não acate as tabelas preconizadas pelo Sistema UNIMED, estão EXCLUÍDOS da Rede Contratada, não estando, conseqüentemente, incluídos na cobertura deste contrato.

SALVADOR – BA

Cent. Méd. Hosp. Agenor Paiva Ltda
Clínica Infantil de Urgência Ltda – Probaby
Fun. Colombo Spinola-H.Sta. Luzia
Hospital Aliança
Hospital da Sagrada Família
Hospital CPI (Pediátrico)
Hospital Jaar Andrade Ltda
Hospital Jorge Valente
Hospital Português
Hospital Espanhol
Hospital Martagão Gesteira
Hospital Santa Isabel
Hospital Santo Amaro
Hospital Salvador
Hospital São Rafael
Hospital Monte Tabor Centro Ítalo Bras. Prom. Sanitária
INSBOT

RIO DE JANEIRO – RJ

Pró-Cardio – Pronto Socorro Cardiológico
Inst. Mineiros (Vila Serena)
DH DayHospital
Casa de Saúde Laranjeiras
Casa de Saúde Santa Lucia S/A
Hospitais Integrados da Gávea
Clínica São Vicente
Clínica Bambina
Clínica Pediátrica da Barra Ltda
Clínica Pediátrica da Gávea
Clínica Sorocaba S/A
Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda
Hospital Israelita
Hospital Samaritano
Prontocor Pronto Socorro – CI
Casa da Saúde São José
Igase Hospital São Lucas
Hospital Barra Dor Medise

RECIFE – PE

Hospital Memorial São José
Hospital Santa Joana
Centro Hospitalar Albert Sabin

GUARULHOS – SP

Hospital Carlos Chagas S/A

A UNIMED se reserva o direito de alterar esta relação, sendo que a mesma estará disponibilizada na sede da CONTRATADA, devendo ser consultada sempre quando da utilização de serviços fora do Estado do Paraná.

SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP

Hospital e Maternidade Assunção S/A
Hospital Príncipe Humberto S/A

PORTO ALEGRE – RS

Hospital Mãe de Deus (Soc. Educ. e Benef. do Sul)
Hospital Moinhos de Ventos

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

Sociedade Portuguesa de Beneficência

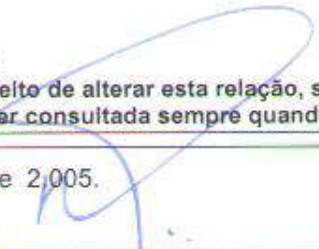
SÃO PAULO – SP

Assoc. Sanatório Sirio
Beneficência Portuguesa
Casa de Saúde Santa Rita
Delboni Auriemo (Diagnostico da América S/A)
Fundação Antonio Prudente A. C. Camargo
Hospital Albert Einstein
Hospital Alemão Osvaldo Cruz
Hospital Anchieta
Hospital Cidade Jardim (Hosp. São Luiz Morumbi)
Hospital Dante Pazzanese (Fund. Adib Jatene)
Hospital do Coração
Hospital e Mat. Santa Joana S/A
Hospital e Mat. São Luiz
Hospital Family
Hospital Nove de Julho S/A
Hospital Professor Edmundo Vasconcelos
Hospital Samaritano (Soc. Hosp. Samaritano)
Hospital Santa Catarina
Hospital São Camilo
Hospital São Leopoldo
Hospital Sirio Libanês
Hospital Sta. Izabel
Hospital Sta. Marta
Hospital Sta. Paula
Incor Inst. Coração
Pro-Matre Paulista S/A
Pronto Socorro Infantil Sabará

SANTO ANDRÉ – SP

Hospital Brasil

Londrina, 01 de Março de 2005.


Ricardo Häussler
Gestão de Vendas


Assinatura do Contratante

HOSPITAIS EXCLUÍDOS DA REDE UNIMED**Unimed** 

Londrina

PROPOSTA DE ADESÃO Nº

ANS - n.º 343269**NOME DO CONTRATANTE CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA.**

Conforme disposto no item – Condições de Atendimento, os Hospitais a seguir relacionados, denominados Hospitais de Tabela Própria e/ou Hospitais de Alto Custo, bem como, qualquer outro que não acate as tabelas preconizadas pelo Sistema UNIMED, estão EXCLUÍDOS da Rede Contratada, não estando, conseqüentemente, incluídos na cobertura deste contrato.

SALVADOR – BA

Cent. Méd. Hosp. Agenor Paiva Ltda
Clínica Infantil de Urgência Ltda – Probaby
Fun. Colombo Spinola-H.Sta. Luzia
Hospital Aliança
Hospital da Sagrada Família
Hospital CPI (Pediátrico)
Hospital Jaar Andrade Ltda
Hospital Jorge Valente
Hospital Português
Hospital Espanhol
Hospital Martagão Gesteira
Hospital Santa Isabel
Hospital Santo Amaro
Hospital Salvador
Hospital São Rafael
Hospital Monte Tabor Centro Ítalo Bras. Prom. Sanitária
INSBOT

RIO DE JANEIRO – RJ

Pró-Cardio – Pronto Socorro Cardiológico
Inst. Minesota (Vila Serena)
DH DayHospital
Casa de Saúde Laranjeiras
Casa de Saúde Santa Lucia S/A
Hospitais Integrados da Gávea
Clínica São Vicente
Clínica Bambina
Clínica Pediátrica da Barra Ltda
Clínica Pediátrica da Gávea
Clínica Sorocaba S/A
Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda
Hospital Israelita
Hospital Samaritano
Prontocor Pronto Socorro – CI
Casa da Saúde São José
Igase Hospital São Lucas
Hospital Barra Dor Medise

RECIFE – PE

Hospital Memorial São José
Hospital Santa Joana
Centro Hospitalar Albert Sabin

GUARULHOS – SP

Hospital Carlos Chagas S/A

A UNIMED se reserva o direito de alterar esta relação, sendo que a mesma estará disponibilizada na sede da CONTRATADA, devendo ser consultada sempre quando da utilização de serviços fora do Estado do Paraná.

SÃO BERNARDO DO CAMPO – SP

Hospital e Maternidade Assunção S/A
Hospital Príncipe Humberto S/A

PORTO ALEGRE – RS

Hospital Mãe de Deus (Soc. Educ. e Benef. do Sul)
Hospital Moinhos de Ventos

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – SP

Sociedade Portuguesa de Beneficência

SÃO PAULO - SP

Assoc. Sanatório Sírio
Beneficência Portuguesa
Casa de Saúde Santa Rita
Delboni Auriemo (Diagnostico da Anérica S/A)
Fundação Antonio Prudente A. C. Camargo
Hospital Albert Einsten
Hospital Alemão Osvaldo Cruz
Hospital Anchieta
Hospital Cidade Jardim (Hosp. São Luiz Morumbi)
Hospital Dante Pazzanese (Fund. Adib Jatene)
Hospital do Coração
Hospital e Mat. Santa Joana S/A
Hospital e Mat. São Luiz
Hospital Family
Hospital Nove de Julho S/A
Hospital Professor Edmundo Vasconcelos
Hospital Samaritano (Soc. Hosp. Samaritano)
Hospital Santa Catarina
Hospital São Camilo
Hospital São Leopoldo
Hospital Sírio Libanês
Hospital Sta. Izabel
Hospital Sta. Marta
Hospital Sta. Paula
Incor Inst. Coração
Pro-Matre Paulista S/A
Pronto Socorro Infantil Sabará

SANTO ANDRÉ – SP

Hospital Brasil

Londrina, 01 de Março de 2.005.

Ricardo Häussler
Gestão de Vendas

Assinatura do Contratante

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
TERMO ADITIVO,
ATENDIMENTO ÀS RESOLUÇÕES NORMATIVAS Nº 279/2011 E 309/2012
DA ANS

CARACTERÍSTICAS GERAIS

I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

Razão Social: UNIMED DE LONDRINA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Nome Fantasia: UNIMED LONDRINA

Inscrição no CNPJ/MF: 75.222.224/0001-47

Registro da Operadora na ANS: 343269

Classificação da Operadora na ANS: Cooperativa Médica

Endereço: Rua Senador Souza Naves, 1333 - Jardim Ipiranga - Londrina-PR, cep: 86010-160

II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE Nº.: 87741

Razão Social: CLUBE DE ENGENHARIA E ARQUITETURA DE LONDRINA

Nome Fantasia: ENGENHARIA E ARQUITETURA LONDRINA

Inscrição no CNPJ/MF: 78.305.224/0001-07

Endereço: - AVENIDA MARINGA - 2400 - - 0 - CEP: - LONDRINA - PR

III - Nome comercial do produto ativado:

UNIFORME EMPRESARIAL LOCAL BÁSICO COM OBSTETRICIA 50%

UNIFORME EMPRESARIAL LOCAL SUPERIOR COM OBSTETRICIA 50%

UNIFORME EMPRESARIAL NACIONAL BÁSICO COM OBSTETRICIA 50%

UNIFORME EMPRESARIAL NACIONAL SUPERIOR COM OBSTETRICIA 50%

IV - Número de registro do plano na ANS:

441.824/03-7

441.832/03-8

441828/03-0

441.830/03-1

V - Tipo de contratação: Coletivo Empresarial

VI - Segmentação assistencial do plano de Saúde:

AMBULATORIAL + HOSPITALAR + COM OBSTETRICIA



VII - Área geográfica de abrangência do plano de saúde:

Nos termos da legislação vigente, a área geográfica de abrangência deste contrato é qualificada como LOCAL.

Nos termos da legislação vigente, a área geográfica de abrangência deste contrato é qualificada como NACIONAL.

VIII – Área de atuação do plano de saúde: A área de atuação da Unimed de Londrina compreende as localidades de Londrina, Alvorada do Sul, Arapongas, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Colorado, Florestópolis, Guarací, Ibiporã, Itaguajé, Jataizinho, Jaguapitã, Lupionópolis, Miraselva, Nossa Senhora das Graças, Pitangueiras, Porecatú, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sabáudia, Santa Inês, Santo Inácio, Sertanópolis e Tamarana, todas dentro do Estado do Paraná.

IX – Padrão de acomodação em internação:

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é a Coletiva (APARTAMENTO)

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é a Coletiva (ENFERMARIA)

XI – Formação do preço: A forma de pagamento será Pré Estabelecida (pré-pagamento).

1 - OBJETO

Pelo presente instrumento, e na melhor forma de direito aditivo, as partes acima qualificadas resolvem aditar o contrato subscrito e acima detalhado, para incluir as cláusulas e condições abaixo, que prevalecerão sobre as anteriormente firmadas, naquilo que forem contrárias ou incompatíveis, a partir do início de vigência do presente termo.

Observa-se que o presente aditivo decorre de imposição da ANS, através das resoluções normativas 279/2011 e 309/2012.

Ficam alteradas as cláusulas constantes dos seguintes TEMAS:

2 - DAS ALTERAÇÕES

TEMA 11 - REAJUSTE

11.1.1. Este contrato integrará o agrupamento de contratos quando o número de beneficiários for inferior a 30, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual, nos termos da Resolução Normativa nº 309, da ANS, de 24 de outubro de 2012, e suas atualizações.

11.1.2. 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 de aniversário deste contrato, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

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

11.1.4. 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 subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 11.2.

11.1.5. Se este contrato não for agregado 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 11.3.

11.1.6. 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 ANS.

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

11.2.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial, levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos beneficiários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, levando-se em consideração a universalidade dos contratos que fazem parte do agrupamento. Assim, qualquer alteração destes itens ensejará novos valores.

11.2.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em cálculo atuarial que, além dos fatores enumerados no parágrafo anterior, poderá ser revisto se houver:

- I. Utilização comprovada acima da média normal;
- II. Acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; ou
- III. Aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.

11.2.3 Ressalva-se que a variação do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária, poderá ocorrer no mesmo exercício em que houver o reajuste do plano pelo percentual alcançado no parágrafo anterior.

11.2.4 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata.

11.2.5. Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento nos termos dos parágrafos anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

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

11.2.7 Tais reajustes, assim que aplicados, serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Parágrafo Primeiro. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 65% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos entre os meses de Março e Fevereiro.

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 11.2.2., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.2.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

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

11.3.2 Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em cálculo atuarial que, além dos fatores enumerados no parágrafo anterior, poderá ser revisto se houver:

- I. Utilização comprovada acima da média normal;
- II. Acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; ou
- III. Aumento comprovado dos custos dos serviços contratados, que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.

11.3.3 Ressalva-se que a variação do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária, poderá ocorrer no mesmo exercício em que houver o reajuste do plano pelo percentual alcançado no parágrafo anterior.

11.3.4 Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata.

11.3.5 Se, por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento nos termos dos parágrafos anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), segmento Saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

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

11.3.7 Tais reajustes, assim que aplicados, serão comunicados a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período

S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Parágrafo Terceiro. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.3.2., este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.3.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

11.4. 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.

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

11.6. 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 9656/98.

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

TEMA 13 – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS (RN 279/2011)

13.1. DEDITOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA

13.1.1. A CONTRATADA assegura que o beneficiário que contribuir para o Plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, mantenha sua condição de beneficiário e seus dependentes regularmente inscritos, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, na condição de inativos, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

Parágrafo Único. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

13.2. APOSENTADOS

13.2.1. A CONTRATADA assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário e seus dependentes regularmente inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, na condição de inativos, desde que assumam também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade da CONTRATANTE.

Parágrafo Primeiro. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumam o pagamento integral do Plano.

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

Parágrafo Terceiro. 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.

13.3. DISPOSIÇÕES COMUNS A DEDITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA E AOS APOSENTADOS.

13.3.1. 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.

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

13.3.2. 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.

13.3.4. 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.

13.3.5. Aplicam-se aos beneficiários na condição de inativo todos os reajustes e condições de aumento de mensalidade praticados para os beneficiários ativos.

13.4. EXCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

13.4.1. 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:

- I. Se o empregado contribuiu para o plano de saúde;
- II. O motivo da extinção do contrato de trabalho;
- III. Se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando na mesma empresa;
- IV. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o plano; e




- V. 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.

13.5. EXTINÇÃO DA CONDIÇÃO DE INATIVO

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

- I. Não pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que notificado previamente pela CONTRATADA até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- II. Decurso do prazo previsto no Parágrafo Único do item 13.1 ou Parágrafos do item 13.2;
- III. 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
- IV. Cancelamento, rescisão, rescisão ou denúncia do presente contrato por qualquer das partes contratantes.

13.5.2. No caso de cancelamento, rescisão, rescisão 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.

13.5.3. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, 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;

3 – DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Excepcionalmente para o reajuste a ser aplicado no mês de aniversário deste contrato no período entre maio de 2013 e abril de 2014, a quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento será verificada no mês de janeiro de 2013, não se aplicando as cláusulas descritas acima.

Parágrafo Único: Nos reajustes posteriores a data acima mencionada, aplicar-se-ão, quando cabível, as regras contidas neste instrumento.

4 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Este aditamento entra em vigor na data do recebimento do presente, sendo os efeitos previstos no TEMA 11, retroativos a data de vigor da Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012.

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições gerais do contrato, objeto deste aditamento, naquilo que não for contrariado por este instrumento.

A não concordância da CONTRATANTE com o presente aditivo deverá ser comunicada por escrito e poderá ensejar a suspensão das inclusões de novos beneficiários ao Plano, nos termos das resoluções referidas.

5 – DO FORO

Fica eleito o Foro da comarca da CONTRATANTE, para a solução de qualquer litígio proveniente deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro.

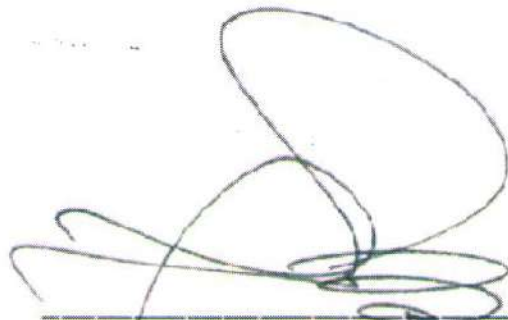



E por estarem justos e acertados firmam o presente em duas (2) vias de igual teor e conteúdo, na presença de duas (2) testemunhas instrumentais, ficando uma (1) via para cada parte.

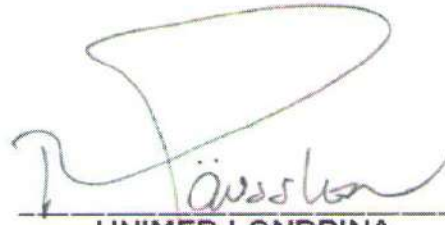
Londrina, 30 de Abril de 2013

CONTRATANTE

TESTEMUNHA



CONTRATADA
Fabio Pozza
Superintendente de Desenvolvimento e
Mercado



UNIMED LONDRINA
Ricardo Häussler
Gestor de Vendas