



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
CGC: 16.513.178/0001-76
Produto: Unimed Pleno Adesão Apartamento
Nº de registro na ANS: 34.388-9
Nº de registro do produto: 470.354/13-5
Site: <http://www.unimedbh.com.br>
Tel.: 0800 030 30 03
Proposta: 39230

Guia de Leitura Contratual

Página
do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e 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, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	07
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	07
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor 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 consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	14
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	15



DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	16
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	9 17 22 26
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	25
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
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 como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	23
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	X

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

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



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

Disque-ANS: 08000 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

SG A

Unimed Pleno Adesão Apartamento

Tipo de Contratação: Adesão
Área de Atuação: Regional – Belo Horizonte, Betim e Contagem
Padrão de Acomodação: Apartamento
Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
Pagamento: Pré-pagamento com cobrança de coparticipação
Rede: Unimed Pleno
Registro na ANS: 470.354.13-5
Contrato Número: 39230

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para **procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia** e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação nos termos deste contrato**, aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE**, para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

1.1.1. O produto ora contratado privilegia a atenção primária a saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico escolhido na Porta de Entrada do serviço, conforme definido e delimitado neste contrato.

1.2. São partes integrantes deste contrato a **Proposta de Admissão** de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes, e a **Lista de Hospitais e Serviços de Tabela Própria e/ou de Alto Custo**, que elenca os hospitais, clínicas e laboratórios que **não** compõem a rede assistencial integrante do presente plano e o **Anexo I**, lista de eventos disponibilizada no site www.unimedbh.com.br ("Espaço do Cliente"), para conferência destes e seus grupos e subgrupos.

1.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s) tanto do sexo masculino quanto do feminino

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

2.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.

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 independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, da normatização, do controle e da fiscalização dos planos de saúde.

AGENTES POLÍTICOS: são os titulares dos cargos estruturais à organização política do País.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida obrigatória, imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles, agrupando contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários para reajuste pelo mesmo critério.

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Municípios ou Estados de cobertura e operação do plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada

à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: compreende os atendimentos executados em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na UNIMED-BH pelo CONTRATANTE, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula quarta.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica contratante.

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde sempre aplicada a atualização mais recente considerando o evento.

CLÍNICA UNIMED PLENO: unidade ambulatorial composta por médicos das especialidades de medicina de família e comunidade, clínica médica e pediatria, podendo variar as especialidades por unidade, na qual será realizado pelo beneficiário o atendimento e acompanhamento da saúde (excetuada urgência e emergência).

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONSULTA: compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

CONTRATADA: é a UNIMED-BH, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e credenciados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente, por meio de seus médicos cooperados e credenciados, que utilizarão rede própria ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica qualificada na Proposta de Admissão, documento integrante deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados e/ou estatutários.

CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários menos de 30 (trinta), conforme legislação regulatória vigente.

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE ou o beneficiário, nos casos permitidos por Lei**, deve pagar para a operadora referente a realização de cada evento (consultas em pronto atendimento ou consultório), exames reduzidos ou diferenciados, tratamentos, procedimentos reduzidos ou diferenciados e internações hospitalares, em hospital dia e psiquiátrica), conforme especificado neste contrato e na Proposta de Admissão, compondo as obrigações financeiras exigíveis do **CONTRATANTE ou do beneficiário, nos casos permitidos por Lei**, para a manutenção da contratação.

COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA: determinado subgrupo de eventos sujeitos – cada um deles - a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação disponíveis no site www.unimedbh.com.br, "Espaço Empresa", Anexo I.

COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA: determinado subgrupo de eventos sujeitos – cada um deles - a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação estão disponíveis no site www.unimedbh.com.br, "Espaço Empresa", Anexo I.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à

saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência da UNIMED-BH, acrescido de 15% (quinze por cento) a título de taxa de administração.

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): são os critérios definidos pela ANS para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Rol de Procedimentos.

EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.

ESTATUTÁRIOS: ocupantes de cargos públicos providos por concurso público, nos moldes do artigo 37, II, da Constituição Federal, e que são regidos por um estatuto, definidor de direitos e obrigações.

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico solicitado por este, quando pertinente com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são sub agrupados em diferenciados..

EXAMES BÁSICOS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames básicos de diagnóstico e terapia para efeito de carência: (a) análises clínicas; (b) biópsia; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional; (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) exames radiológicos; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) inaloterapia; (o) potencial evocado; (p) prova de função pulmonar; (q) ultrassonografia.

EXAMES ESPECIAIS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames especiais de diagnóstico e terapia para efeito de carência: (a) angiografia; (b) arteriografia; (c) eletroencefalograma com mapeamento cerebral; (d) tomografia computadorizada; (e) ressonância nuclear magnética; (f) medicina nuclear; (g) densitometria óssea; (h) laparoscopia diagnóstica; (i) ecocardiografia com mapeamento, fluxo em cores e doppler colorido; (j) eletrocardiografia dinâmica holter; (k) radiologia intervencionista; (l) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiocoronariografia); (m) videoendoscopia diagnóstica; (n) sialografia; (o) tococardiografia; (p) ecocardiograma uni e bidimensional com doppler convencional.

GUIA MÉDICO DO PLANO CONTRATADO: é a relação de prestadores de serviços de saúde e cooperativas que compõem o Sistema Unimed, disponibilizados ao beneficiário do plano de saúde - que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado - que está publicada no site www.unimedbh.com.br e é atualizada periodicamente, conforme modificação da rede.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica para os quais não há cobertura do presente contrato.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para Honorários Médicos e SADT, materiais, medicamentos e gasoterapia para os quais não há cobertura do presente contrato.

HOSPITAL-DIA: é aquele regime de internação próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e tão somente neles aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

INTERCÂMBIO: é o acordo operacional entre as UNIMED's, regulamentado através do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma Cooperativa por outra que integre o sistema. Todo o processo respeita a estrutura física, oferta de prestadores/cooperados e forma de atendimento de cada singular.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação que requer internação do beneficiário no estabelecimento hospitalar por mais de 12 (doze) horas, sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de procedimento médico.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e/ou procedimentos realizados.



MÉDICO COOPERADO: é o médico pertencente a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema UNIMED.

MÉDICO UNIMED PLENO: é o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, atuante nas clínicas Unimed Pleno e responsável pela condução da investigação diagnóstica e pelo acompanhamento clínico dos beneficiários, realizando a coordenação do cuidado dos pacientes.

MENSALIDADE: valores definidos na Proposta de Admissão que devem ser pagos, mensalmente, pelo **CONTRATANTE**, que somados a **COPARTICIPAÇÃO (fator de moderação)** e eventuais taxas contratualmente fixadas, constituem as obrigações financeiras contratuais obrigatórias que custeiam e modulam o plano de saúde.

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: definição da mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados.

MOVIMENTAÇÃO ELETRÔNICA EMPRESARIAL (MEE): sistema de movimentação de clientes através da internet.

ÓRTESE: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, considerando-se como não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido na cláusula de reajuste, em que são identificados todos os contratos que possuam menos de 30 (trinta) beneficiários, para que sobre ele incida o mesmo critério de reajuste.

PERÍODO DE CÁLCULO DE REAJUSTE: período definido na cláusula de reajuste em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do reajuste.

PERÍODO DE APLICAÇÃO DE REAJUSTE: em caso de agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, é o período compreendido entre maio e abril, considerando-se que o índice a ser aplicável sempre será divulgado no mês de maio.

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU nº 08/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento (excetuada urgência e emergência) na unidade CLÍNICA UNIMED PLENO ou, na sua substituição, para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela UNIMED-BH, sendo o beneficiário, caso seja necessário, encaminhado pelo médico Unimed Pleno para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

PROCEDIMENTO: são os atos praticados pelos profissionais de saúde, que não sejam exames/terapias, consultas, tratamentos e internação. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são sub agrupados em diferenciados.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento que integra o presente contrato para todos os efeitos legais, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes, especifica as condições comerciais do contrato e no qual o **CONTRATANTE** se manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos, estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: procedimentos listados pela ANS de cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde, de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao **CONTRATANTE**.

TABELA DE REFERÊNCIA: é uma lista referencial de eventos (consultas, exames/terapias, procedimentos, internação e tratamentos) para a cobertura do presente contrato e seus respectivos custos médios. A tabela conterá os grupos e subgrupos de acordo com as suas características, continente dos valores financeiros de cada um deles e um limite máximo (teto), a fim de que a coparticipação percentual estabelecida na Proposta de Admissão possa ser reduzida a sua representação financeira (incidência do percentual sobre o valor do procedimento nela referenciado, limitado a um valor máximo - teto), podendo os valores finais serem verificados, pelo **CONTRATANTE e pelo beneficiário**, na forma do presente

contrato.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação. As que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupadas em reduzidas e, ao contrário, as que necessitam, são sub agrupadas em diferenciadas.

TRABALHO TEMPORÁRIO: é aquele prestado por pessoa física ao CONTRATANTE, para atender à necessidade transitória de substituição de pessoal regular e permanente ou ao acréscimo extraordinário de serviços.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, por seu Estatuto Social e Regimento Interno.

URGÊNCIA: são situações clínicas ou cirúrgicas decorrentes de imprevisto agravo à saúde e que requerem atendimento prioritário, com ou sem risco potencial à vida, resultantes de acidentes pessoais ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** nos municípios de **Belo Horizonte, Betim e Contagem** por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial **integrantes da REDE do presente plano**, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimedbh.com.br.

3.2. Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Unimed Nacional, de acordo com:

- a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
- b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento em Intercâmbio entre as Unimed's;
- c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;

3.3. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais e os serviços de tabela própria e/ou de alto custo, relacionados na "Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo", estão excluídos da cobertura deste.

3.3.1. A UNIMEDBH poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões no item anterior disponibilizando aos CONTRATANTES pelo Portal www.unimedbh.com.br.

3.3.2. A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed estará à disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto aos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta).

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

4.1. Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados beneficiários titulares a população que mantenha vínculo profissional, classista ou setorial com o CONTRATANTE, regularmente inscritos, por meio das seguintes pessoas jurídicas:

- I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III - associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.

4.2. São beneficiários dependentes, desde que devidamente comprovado o vínculo com o beneficiário titular, os constantes no rol taxativo a seguir:

- a) cônjuge;
- b) filho natural, adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos e 11 (onze) meses de idade;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o



cônjuge;

e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular.

4.3. O ingresso do grupo familiar previsto nos itens 4.2 desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

4.4. É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

4.4.1. inscrição do **recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetria .

4.4.1.1. se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;

4.4.2. inscrição do **filho adotivo, menor de 12 (doze) anos**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção, independentemente da segmentação contratada.

4.4.2.1 Se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.

4.4.3 cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetria.

4.5. É obrigação do CONTRATANTE informar a possibilidade de exercício de qualquer das opções e o período em que poderá exercer o direito à portabilidade, aplicáveis ao presente tipo de contratação, trazidas pela legislação, à totalidade da massa vinculada ao presente contrato através dos canais de comunicação com ela estabelecidos (jornal interno, mala direta, e-mails, murais, mensagens em boletos e assemelhados).

4.6. As demais regras operacionais para exercício da portabilidade, complementares ao presente contrato estão contidas nos regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que regula a matéria.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

5.1. **CONTRATANTE** se obriga a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo e/ou formulários definidos pela **UNIMED-BH**, bem como os comprovantes de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE** e da situação de dependência, nos termos deste contrato.

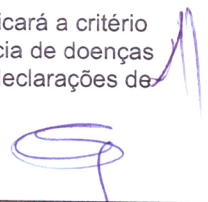
5.2. O **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **UNIMED-BH**, por escrito ou por meio eletrônico (movimentação eletrônica empresarial), as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, que não gerarão efeitos em caso de erro de preenchimento pelo **CONTRATANTE**.

5.2.1. A **UNIMED-BH** se responsabilizará por ministrar o treinamento adequado à pessoa indicada pelo **CONTRATANTE** que optar pelo sistema denominado Movimentação Empresarial Eletrônica (MEE). A **UNIMED-BH** prestará assistência à **CONTRATANTE** solucionando dúvidas na implantação do sistema e durante o envio das informações. Essa assistência poderá ser por escrito, por e-mail, por telefone ou prestada diretamente na sede do **CONTRATANTE** ou da **UNIMED-BH**.

5.2.2. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelos resultados de preenchimento e envio das informações, caso o sistema seja afetado por algum tipo de programa externo, ou aqueles normalmente conhecidos como "vírus", por falha de operação ou operação por pessoas não autorizadas, bem como pelos danos ou prejuízos decorrentes de decisões administrativas, gerenciais ou comerciais tomadas com base nas informações fornecidas pelo **CONTRATANTE**.

5.2.3. O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil, ou por fornecimento de informação inexata para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados. Atenderá ainda, às solicitações de documentação feitas pela **UNIMED-BH** no prazo de 72 (setenta e duas) horas da data de recebimento da solicitação.

5.3. Quando for o caso e conforme critérios previstos na cláusula "DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO" , ficará a critério da **UNIMED-BH** a realização de entrevista prévia de admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), bem como a solicitação, a qualquer tempo, de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.



5.4. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o beneficiário titular do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Essa restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias dessa alta.

5.5. O **beneficiário** que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será excluído do contrato, quando:

- a) o **CONTRATANTE** solicitar, por escrito ou por meio eletrônico específico (MEE), a exclusão;
- b) o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;
- c) houver prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**;
- e) perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato;

5.5.1. A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s).

5.5.2. A comunicação do falecimento do beneficiário titular é obrigação contratual do **CONTRATANTE** e, até que o faça **formalmente**, permanecerá responsável pelas obrigações financeiras decorrentes da manutenção do beneficiário falecido no plano de saúde.

5.6. O **CONTRATANTE** se obriga, quando das exclusões, a devolver para a **UNIMED-BH** os respectivos cartões de identificação do beneficiário titular e de eventuais dependentes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da exclusão daquele. Não o fazendo, arcará com os ônus, em custo operacional, de qualquer utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído ou de seus dependentes, valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou objeto de fatura especificamente emitida.

5.7. A **CONTRATANTE** deverá, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido efetuado pelo beneficiário titular para a sua exclusão ou a de seu dependente, comunicar formalmente a **UNIMED-BH** o recebimento da aludida solicitação.

5.7.1. A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu dependente terá efeito imediato a partir da ciência da **UNIMED-BH**, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa – RN 412, e suas eventuais posteriores modificações, cujas disposições deverão ser cumpridas na execução do presente contrato.

5.7.2. Caso o beneficiário titular efetue o pedido de sua exclusão ou de seu dependente do contrato diretamente à **UNIMED-BH**, esta deverá acatar a solicitação, que terá efeito imediato a partir da solicitação, nos termos do que dispõe a Resolução Normativa – RN 412, e suas eventuais posteriores modificações.

CLÁUSULA SEXTA - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços referenciados. Cabe à **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

6.2. Para emissão de nova via de cartão de identificação, solicitada pelo **CONTRATANTE**, será exigido o pagamento de uma taxa por cada cartão solicitado, a ser faturada juntamente com a mensalidade, no valor vigente à época, disponível para consulta no site www.unimedbh.com.br.

6.2.1. A taxa de emissão de nova via de cartão será corrigida anualmente no mês de agosto pelo índice de reajuste de planos de saúde individuais, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

6.3. É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **UNIMED-BH**, respondendo sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes diretamente do uso indevido desses documentos. Nestas hipóteses, a **UNIMED-BH** está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.

6.3.1. Considera-se uso indevido a comprovada utilização desses documentos para obtenção de atendimento pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários, com ou sem o conhecimento destes.

6.4. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após comunicar sua

perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro dos prazos previstos nas movimentações, sejam elas em papel ou meio eletrônico, feitas pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a sua utilização indevida por terceiros.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PLANO CONTRATADO

7.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva por adesão**, com cobrança de coparticipação em consultas (exceto as realizadas na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), exames/terapias, tratamentos, procedimentos (exceto os realizados na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial e internações psiquiátricas, tendo em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, com a previsão de inclusão dos dependentes (na forma deste contrato) da massa populacional a este vinculada, nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde e deste contrato.

7.1.1. Este contrato possui viés de atenção primária à saúde, por isso possui Unidade de Porta de Entrada conforme identificado no Guia de Rede deste produto.

7.2. Este contrato é de adesão, bilateral, o que significa que gera direitos e obrigações para ambas as partes na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

7.3. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos médicos cooperados e credenciados e dos recursos próprios, contratados ou credenciados, nos termos do guia médico do plano contratado.

7.4. O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

CLÁUSULA OITAVA – DAS COBERTURAS

8.1. A Unimed BH cobrirá os custos das coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998) e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato.

8.2 Cobertura Ambulatorial: É a que abrange atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observada a seguinte abrangência:

8.2.1 cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9656/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes)

8.2.2 garantia de cobertura nas urgências e emergências por no máximo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).

8.2.3 cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (Art. 7º da Resolução CONSU 13/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

8.2.4 cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

8.2.5 cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;

8.2.6 cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

8.2.7cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

8.2.8 a cobertura para os seguintes procedimentos:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no rol de procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial ;

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

e) hemoterapia ambulatorial;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

8.2.9 cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8.2.10 cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;

8.2.11 cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787, de 10/02/1999); e

b) medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

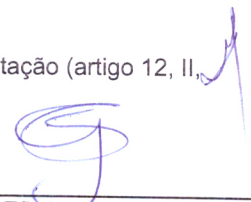
8.3 Cobertura Hospitalar: A cobertura hospitalar compreende a internação clínica inclusive psiquiátrica ou cirúrgica e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH, conforme o Guia Médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado)** e os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

8.3.1 cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação hospitalar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

8.3.3 a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, "b", da Lei 9656/98);

8.3.4 a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, "c", da LEI 9656/98);



8.3.5 cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

8.3.6 a cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, "d", da Lei 9656/1998);

8.3.7 a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados que se relacionem aos procedimentos previstos no Rol (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);

8.3.8 cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

8.3.9 a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e" da LEI 9656/98);

8.3.10 cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

8.3.11 cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

8.3.12 cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes)

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

c) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura do plano.

8.3.13 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes):

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

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

c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

8.3.14 cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);

8.3.15 a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

8.3.16 o custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes). **O custeio do tratamento fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão, sobre o período que exceder os 30 (trinta) dias previstos na presente cláusula.**

8.3.17 cobertura em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

8.3.18. a cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo;

I. as despesas assistenciais com doadores vivos as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência a saúde do beneficiário receptor;

II. os medicamentos utilizados durante a internação;

III. o acompanhamento clínico em todo o período pós operatório, que compreende não só o pós operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

IV. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS;

8.3.19. havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, esta se dará a critério do médico assistente.

8.4 Cobertura Obstétrica: A cobertura obstétrica compreende toda cobertura definida na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH e conforme o Guia Médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado)**, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entende-se por pós-parto imediato por 48 (horas) horas após ao parto.

salvo contra-indicação do médico assistente, ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

b) a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT (artigo 20, da RN 162/2007) (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

d) para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente e de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

9.1. Estão excluídas da cobertura deste contrato todos os procedimentos que não constam no Rol da ANS e os demais abaixo:

- a) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- e) cirurgias para mudança de sexo;
- f) atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) aplicação de vacinas preventivas;
- h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;
- i) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;
- j) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia para esses fins não está assegurada.
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, exceto nas hipóteses previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- z) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- aa) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação do acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contra-indicação do médico assistente;
- ab) produtos de toalete e higiene pessoal;
- ac) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto não cobertos pelo Rol ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- ad) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
- ae) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.
- af) exames médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CARÊNCIAS

10.1. Os serviços previstos neste contrato serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias



Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

10.2. Contratada a ampliação da cobertura por meio dos módulos opcionais, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

10.3. Os prazos de carência acima serão contados a partir da data de vigência do beneficiário no contrato. .

10.4. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente incluídos e aceitos pela UNIMED-BH e não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

10.2.1. A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

- I - o beneficiário tenha se vinculado ao CONTRATANTE após o início da vigência inicial do contrato;
- II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

10.4.1. Se houver alteração da contratação, por opção do CONTRATANTE, para plano com acomodação ou rede superiores ao plano de origem, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da rede mais ampla e da acomodação superior, garantidas as carências já cumpridas no contrato de origem.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

11.1. No caso de plano coletivo por adesão haverá aplicação de cobertura parcial temporária nos casos de doença e lesão preexistente.

11.2. No caso de plano coletivo empresarial com número de beneficiários menor do que 30 (trinta), haverá aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) nos casos de doenças ou lesões preexistentes (DLP).

11.3. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à UNIMED-BH, o conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar objetivando a suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no artigo 13, da Lei 9.656/1998.

11.4. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

11.5. Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), o beneficiário preencherá o formulário de declaração de saúde, acompanhado da carta de orientação ao beneficiário, e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

11.6. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores própria ou por profissional credenciado pela UNIMED-BH, sem qualquer ônus para si.

11.7. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da UNIMED-BH, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

11.8. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

11.9. É vedada a alegação de omissão de informação de doenças ou lesões preexistentes (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED-BH, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.10. Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIMED-BH oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT).

11.11. Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal.

11.12. Caso a UNIMED-BH não ofereça a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT).

11.13. Na hipótese de cobertura parcial temporária (CPT), a UNIMED-BH somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente (DLP).

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

11.15. É vedada à UNIMED-BH a alegação de DLP decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

11.16. Nos casos de cobertura parcial temporária (CPT), findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista pela Lei 9.656, de 1998.

11.17. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED-BH comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária (CPT).

11.18. Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à UNIMED-BH o ônus da prova.

11.19. A UNIMED-BH poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou lesão preexistente (DLP).

11.20. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

11.21. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter-lhe documentação necessária para instrução do processo.

11.22. Após julgamento e acolhida alegação da UNIMED-BH pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela UNIMED-BH, e é excluído do contrato.

11.23. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de doença ou lesão preexistente (DLP), bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1 A Porta de Entrada dos beneficiários a consultas eletivas é a UNIDADE CLÍNICA UNIMED PLENO, identificada no Guia de Rede recebido pelo CONTRATANTE no momento da contratação do presente plano de saúde.

12.2 O atendimento médico inicial deve necessariamente ser realizado na UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA definida no Guia de Rede do presente plano e no site www.unimebh.com.br.

12.3 As consultas devem necessariamente ser realizadas na UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA definida no Guia de Rede do presente plano e no site www.unimedbh.com.br.

12.4 Em sendo necessário encaminhamento para especialista ou realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo, psicoterapia haverá encaminhamento pelo médico assistente da UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA ou médicos especialistas por aquele indicados, para quaisquer prestadores constantes no Guia de Rede do presente plano, devendo o beneficiário levar a guia de requisição desses serviços e,

quando for necessário, a autorização da UNIMED-BH.

12.5 Os exames complementares e os serviços de auxílio a diagnóstico e tratamento serão realizados nos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado e no site www.unimedbh.com.br, sob indicação do médico assistente, com exibição da guia de requisição desses serviços e, quando o tipo de exame assim o exigir, a autorização da UNIMED-BH.

12.6 Os atendimentos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive buço maxilo facial) ou obstétricas (em quaisquer desses casos, exceto urgência e emergência) serão realizados pelos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado e no site WWW.unimedbh.com.br, mediante apresentação da guia de solicitação dos serviços e quando necessário, de autorização da UNIMED-BH.

12.7. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato, na área de abrangência discriminada no presente contrato, por seus médicos cooperados, credenciados e de rede própria da UNIMED-BH estritamente de acordo com o guia médico do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, no território nacional, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed Nacional, obedecidas:

- a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
- b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed's;
- c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora.

12.7.1 Quando houver indisponibilidade comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a UNIMED-BH providenciará:

- a) oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e área de atuação do produto para o qual requereu atendimento o beneficiário; ou
- b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento.

12.7.1.1 Todo e qualquer pagamento a prestador não integrante de sua rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela UNIMED-BH.

12.7.1.2 Se a indisponibilidade, nos termos da regulamentação da ANS, for total e absoluta a UNIMED-BH providenciará o transporte do beneficiário a prestador apto para realizar o atendimento/procedimento e o seu retorno.

12.7.2 Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a UNIMED-BH providenciará:

- a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento; ou
- b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para qual o beneficiário requereu o atendimento.

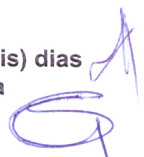
12.7.2.1 Nos casos acima, o transporte correrá à custa do beneficiário.

12.7.2.2 Comprovando-se a inexistência no município de origem, nos municípios limítrofes e na região de saúde, a UNIMED-BH providenciará o transporte do beneficiário até prestador apto a realizar o procedimento/atendimento e o seu retorno, escolhendo o meio em conformidade com a condição de saúde do beneficiário.

12.7.3 A garantia de transporte prevista nos itens acima não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

12.8. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, ou médico assistente através da transcrição da guia em formulário próprio expedido pela UNIMED-BH.

12.9. Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da UNIMED-BH não se responsabilizar por quaisquer despesas da assistência médica.



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

12.11 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente do beneficiário e deverá constar da guia expedida com esta finalidade.

12.12 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar a Unimed prestadora do atendimento à solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

12.13 O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência inferior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, independentemente da acomodação contratada.

12.14 Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

12.15 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados do Sistema Unimed – sempre considerada a área de abrangência do plano contratado - é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

12.16 A UNIMED-BH não se responsabilizará por qualquer acordo particularmente ajustado pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades, contratadas ou não.

12.17 Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de 7 (sete) dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.

12.18 Será entregue, em meio físico, ao CONTRATANTE o Guia de Boas-Vindas com as instruções de utilização do plano de saúde e, estará à disposição do beneficiário, para consulta, download ou impressão, no site www.unimedbh.com.br o guia médico do plano contratado, que informa a relação da rede prestadora de serviços de saúde, bem como a relação das cooperativas participantes do Sistema Unimed Nacional.

12.19. A UNIMED-BH não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

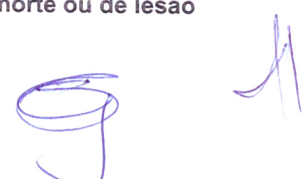
13.1. A UNIMED-BH assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando não for, comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, exceto nos hospitais e serviços de tabela própria ou hospitais e serviços de alto custo.

13.1.1. Na hipótese de comprovada eventual indisponibilidade, inexistência ou ausência de Prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado de urgência e emergência, as partes se comprometem a observar o disposto na Resolução Normativa RN n.º 259 enquanto estiver em vigor ou, se revogada, em norma que a substitua.

13.2. Considera-se atendimento de urgência as situações clínicas ou cirúrgicas decorrentes de imprevisto agravo à saúde e que requerem atendimento prioritário, com ou sem risco potencial à vida, resultantes de acidentes pessoais ou de complicação no processo gestacional. .

13.3. Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

13.4. Serão garantidas as seguintes coberturas:



13.4.1. cobertura nas urgências e emergências por no máximo 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998):

a) remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação;

13.4.2. atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.3. depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.4. atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.5. atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP) (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.6. atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação:

a) remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;

c) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP).

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

14.1. A UNIMED-BH assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema UNIMED, exceto nos hospitais e serviços de tabela própria ou hospitais e serviços de alto custo.

14.2. O reembolso será calculado de acordo com os preços praticados pela UNIMED-BH com seus prestadores de serviços para a presente prestação de serviços, sempre considerada a época da ocorrência do evento.

14.2.1. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;

b) relatório do médico assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações, quando for o caso, e relatório de alta;

c) conta hospitalar, discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;

d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

14.4. O BENEFICIÁRIO perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

15.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão aumentadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário.

15.2. Para fins deste contrato, ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

Faixa Etária	Variação % entre as faixas
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	—
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	20,00 %
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	24,00 %
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	24,00 %
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	12,00 %
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	4,00 %
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	26,00 %
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	14,00 %
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	19,00 %
59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	63,00 %

15.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados acima, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula referente ao "REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES".

15.4. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

15.5. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED-BH, em pré-pagamento, por meio de emissão de nota fiscal/boleto, as obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços: a soma das mensalidades correspondentes a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, inscritos neste contrato, valores estes constantes na Proposta de Admissão; taxa de inscrição ou de segunda via de cartão de identificação;



eventuais valores de coparticipação decorrentes da utilização; multas, juros e correção monetária, quando for o caso. Estas poderão ser cobradas em notas fiscais/boletos distintos.

16.1.1. Por cada beneficiário inscrito no ato da contratação do presente plano, o CONTRATANTE pagará a taxa de inscrição de valor informado na Proposta de Admissão, a ser faturada juntamente com a mensalidade.

16.1.2. Para cada inclusão (ões) posterior (es) de novo (s) beneficiário (s), o CONTRATANTE pagará a taxa de inscrição no valor vigente à época, disponível para consulta através do site www.unimedbh.com.br.

16.1.3. A taxa de inscrição será corrigida anualmente, no mês de agosto, pelo índice de reajuste de planos de saúde individuais, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

16.1.4. *Essa taxa é devida pela CONTRATANTE em relação a cada beneficiário inscrito no Contrato Assistencial e no Contrato de Ex-empregado, no caso deste especificamente, quando houver sucessão de Contratos com inscrição de beneficiários no ato da contratação junto a Unimed-BH.*

16.2. As faturas das mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, sendo que a cobrança se dará com a emissão dos competentes documentos de cobrança.

16.3. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem que haja qualquer penalização ao CONTRATANTE.

16.4. As faturas emitidas pela UNIMED-BH serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis em seu sistema, informados anteriormente pelo CONTRATANTE.

16.4.1. A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subsequente.

16.5. Se o CONTRATANTE não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à UNIMED-BH, para que não se sujeite às consequências da mora.

16.6. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculada proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal incidente sobre o valor do débito ou, ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

16.6.1 O inadimplemento das obrigações financeiras por prazo superior a 30 (trinta) dias acarretará, necessariamente, a inclusão dos dados do CONTRATANTE nos anais de proteção ao crédito (Serasa, SPC e outros), além sujeitar, à critério da CONTRATANTE, a suspensão total dos atendimentos e rescisão do contrato, por sua culpa, conforme abaixo.

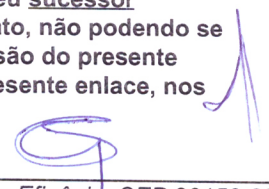
16.7. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, facultará a UNIMED-BH a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da UNIMED-BH denunciar o contrato.

16.8. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, nesse caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever do CONTRATANTE pagar à UNIMED-BH o respectivo custo operacional, aferido através da tabela de referência, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

16.9. O CONTRATANTE está ciente de que o faturamento dos atendimentos realizados (mensalidades e coparticipação) poderão ser efetuados em até 240 (duzentos e quarenta) dias corridos de sua realização, em virtude da utilização do Sistema Mineiro ou Sistema Nacional, nos termos deste contrato.

16.9.1. O CONTRATANTE ESTÁ CIENTE E CONCORDA COM O FATO de que em caso de rescisão do presente instrumento, poderá receber faturas de utilizações anteriores à sua rescisão, até o limite temporal acima descrito, contado esse prazo da efetiva rescisão, em virtude do funcionamento do Sistema Unimed Mineiro e Nacional, comprometendo-se a arcar com os valores, em custo operacional, que lhe forem faturados.

16.10. A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação do CONTRATANTE não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu SUCESSOR integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias e legais decorrentes do presente enlace, nos limites temporais explicitados no item 16.9. do presente contrato.



16.10.1 As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pelo CONTRATANTE a UNIMED-BH, sendo remetidos os documentos relacionados aos processos societários, com comunicação expressa de intenção de manutenção do contrato ou de sua rescisão, em conformidade com o descrito acima.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA COPARTICIPAÇÃO

17.1. Estão discriminados na Proposta de Admissão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que está sujeito o CONTRATANTE ou o beneficiário, na forma da Lei..

17.1.1. No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o grupo ou subgrupo ao qual está inserido o evento, sobre o seu valor monetário, listado na Tabela de Referência da UNIMED-BH, observados os tetos expostos na Proposta de Admissão. Estão sujeitos a coparticipação:

- a) consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto atendimento);
- b) exames e terapias (coparticipação reduzida ou diferenciada)
- c) procedimentos (coparticipação reduzida ou diferenciada);
- d) internações psiquiátricas.
- e) Tratamentos

17.2. As coparticipações, como fator de moderação da utilização do plano, são estabelecidas com base em cálculo atuarial levando-se em consideração o custo médio dos procedimentos, a frequência média de utilização dos exames, e sua complexidade, o que permite classificá-los como coparticipação reduzida ou diferenciada, conforme pode ser verificado no Anexo I do presente contrato, disponível no site www.unimedbh.com.br ("Espaço Empresa").

17.3. A classificação completa de cada exame/terapia/procedimento para cálculo de coparticipação consta do Anexo I, que está disponível para consulta no site da UNIMEDBH (www.unimedbh.com.br, "Espaço do Empresa").

17.3.1. Para verificar o valor da coparticipação a ser paga ou conferir o valor já pago, o CONTRATANTE pode acessar a página de acesso disponível em www.unimedbh.com.br, "Espaço Empresa", lançar o nome do procedimento ou seu código TUSS, obtendo assim os valores respectivos. Pode, também, ligar para o telefone 08000 303003 e solicitar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

17.4 As consultas e procedimentos realizados na UNIDADE CLÍNICA UNIMED PLENO não estão sujeitos à cobrança de coparticipação.

17.2. Por conta dos valores apurados na coparticipação, será emitida fatura contra o CONTRATANTE, com vencimento dia 15 (quinze) de cada mês ou na data de vencimento acordada na Proposta de Admissão.

17.2.1 A UNIMED-BH poderá cobrar da CONTRATANTE as coparticipações de utilizações realizadas até 240 (duzentos e quarenta) dias da data de realização dos procedimentos a que estas se referem.

17.6. DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

17.6.1. Está discriminado, na Proposta de Admissão, o percentual de coparticipação financeira a que está sujeito o CONTRATANTE nas despesas referentes a internação psiquiátrica.

17.6.1.1. Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito na Proposta de Admissão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde ora contratado.

17.6.1.2. A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira do CONTRATANTE fixada em até 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia ou outro percentual e/ou metodologia estabelecida em regulamentação determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e, dentro dos limites descritos por esta, explicitada na Proposta de Admissão do presente contrato.

17.6.2. A UNIMED-BH poderá cobrar do CONTRATANTE as coparticipações de utilizações realizadas até 240 (duzentos e quarenta) dias da data de realização dos procedimentos ou eventos a que aquelas se referem.

17.7. As coparticipações compõem as obrigações financeiras do contrato e seu inadimplemento sujeita o CONTRATANTE e/ou RESPONSÁVEL FINANCEIRO à resolução do contrato.

17.8. DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:

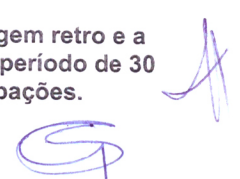
17.8.1 Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a cobrança de coparticipação em regime diferenciado, pois a coparticipação não incidirá sobre cada evento, individualmente, mas sobre o grupo de eventos iguais realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias.

17.8.2 Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

- a) Transfusões sanguíneas;
- b) Procedimentos terapêuticos radioterápicos;
- c) Procedimentos quimioterápicos;
- d) Hemodiálise e diálise peritoneal.

17.8.3 Será cobrado o valor de coparticipação relativo a um procedimento – de acordo com a listagem retro e a Tabela de Referência – sobre todos os eventos iguais (mesmos eventos) realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias, sendo que este é o mesmo período sobre o qual se afere o faturamento das coparticipações.

17.8.3.1 A aferição, para a aplicação dessa regra, será feita a cada período de 30 (trinta) dias.



17.8.3.2. Para a definição das coparticipações que serão exigidas para a realização dos procedimentos estipulados em 17.8.2 do presente contrato, o CONTRATANTE deverá observar, também, o conteúdo da tabela disposta na Proposta de Admissão tais como: o teto, percentuais ou eventual condição comercial mais vantajosa acordada entre as Partes ou oferecida pela operadora.

17.8.4 Quando necessária disponibilização ao CONTRATANTE, em caráter excepcional ou em atendimento a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de rede mais ampla do que a do presente plano ou ainda, quando de utilização da rede nacional em urgência e emergência, as coparticipações exigidas serão as quantificadas na Proposta de Admissão vinculada ao presente contrato..

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

18.1. O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência, em leito hospitalar **por até 12 (doze) horas**, independentemente da acomodação contratada.

19.2. Está prevista coparticipação específica para as internações em hospital-dia, conforme Proposta de Admissão vinculada ao presente contrato.

19.3. Os valores de coparticipação serão cobrados do CONTRATANTE, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços estabelecidos na Proposta de Admissão para internações em regime hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

19.1. O número de beneficiários, apurado na data de aniversário do contrato, determinará que tipo de reajuste a ele será aplicado, se o da Seção I ou o da Seção II.

SEÇÃO I – CONTRATOS COM MAIS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS:

19.2. Os valores de mensalidade e coparticipações deste contrato serão reajustados no aniversário do contrato, **na forma descrita nesta cláusula** e informados à Agência Nacional de Saúde Suplementar no final de cada vigência anual.

19.2.1 As coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos das coparticipações fixadas em percentual), estabelecidas na Proposta de Admissão do presente contrato, serão reajustadas anualmente, no aniversário do contrato, pelo IGP-M.

19.2.2 As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 19.2 do presente contrato, caso o Índice de Utilização (IU) – calculado conforme abaixo – seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

19.3 Por se dar em modalidade de pré-pagamento, as partes acordam que o reajuste das coparticipações e mensalidades se dará no aniversário do contrato, com base no índice divulgado 1 (um) mês antes daquela, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação.

19.3.1. No primeiro reajuste das mensalidades, serão ignoradas as utilizações e as mensalidades pagas nos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado para fins de cálculo de reajuste compreenderá do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do contrato, com aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato.

19.3.2. As avaliações subsequentes à do primeiro período serão realizadas, sucessivamente, considerando-se os 12 (doze) meses seguintes ao do último período reavaliado. A aplicação do reajuste ocorrerá sempre no aniversário do contrato, relativo à sua data-base.

19.4 Se, por inércia ou omissão do **CONTRATANTE** dos serviços, o reajuste não for efetuado na ocasião discriminada acima, quando de sua aplicação retroagirão os seus efeitos até a data contratualmente eleita para sua realização, sendo líquidos e exigíveis os valores relativos a esse período.

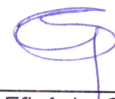
19.5 Caso o Índice de Utilização Apurado do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento), ajustam as partes que a recomposição de preço das mensalidades serão feitas com aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula descrita no item 19.5.2, a fim de, simultaneamente, satisfazer a função de recuperar as perdas inflacionárias e manter o equilíbrio econômico financeiro do contrato, cuja meta é 75% (setenta e cinco por cento) de Índice de Utilização:

19.5.1 Aferir-se-á o Índice de Utilização do contrato mediante aplicação da seguinte fórmula:

IU Apurado = $\frac{\text{Custo Assistencial Total} - \text{Coparticipação}}{\text{Receita}}$

19.5.2 Em seguida, calculado o IU (Índice de Utilização), passar-se-á ao cálculo do **Percentual de recomposição**, que quantifica o desequilíbrio econômico financeiro do contrato frente à meta estabelecida em 19.5:

Percentual de recomposição (%) = $\frac{\text{IU apurado} - \text{IU estabelecido (75\%)}}{\text{IU estabelecido (75\%)}}$



IU estabelecido (75%)

19.5.3 Considerando o resultado obtido pelo cálculo acima e, **levando-se em consideração que o indexador das coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos), estabelecidos na Proposta de Admissão é o IGP-M**, ajusta-se que as mensalidades serão reajustadas observando-se o índice obtido através do resultado acima:

Legendas e definições das fórmulas:

RECEITA: Soma da receita, subtraídos redutores de receita (descontos e receitas canceladas).

CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL: Soma dos custos de utilização do plano, custos com promoção da saúde, reembolso de procedimentos, apropriação de médicos, prestadores de serviços internação domiciliar, taxas da ANS, monitoramento a clientes, liminares judiciais, custo da Clínica Unimed Pleno, por vida inscrita no contrato.

PERCENTUAL DE RECOMPOSIÇÃO: Percentual aferido conforme contrato, que é **parâmetro** para definir em quanto a **receita total** do contrato tem de ser recomposta.

19.6. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior a anualidade, esses serão aplicados imediatamente a este contrato.

19.7. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

19.8. A **UNIMED-BH** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, cobrar o número mínimo de beneficiários necessário à manutenção do contrato, especificado na Proposta de Admissão, quando esse for reduzido, por qualquer motivo. Nesse caso, o **CONTRATANTE** se obriga a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 18 (dezoito) anos de idade, até atingir o mínimo estabelecido, de modo a manter as características do presente contrato.

19.9 A Tabela de Referência variará, em conformidade com os valores médios praticados com a rede prestadora da **UNIMED-BH**, semestralmente.

SEÇÃO II – AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS.

19.10. Anualmente, no mês do aniversário do contrato, a **UNIMED-BH** verificará o número de beneficiários que compõe a massa do presente contrato e se esse for inferior a 30 (trinta), obrigatoriamente, o reajuste a ser aplicado sobre mensalidade e coparticipação será o descrito nesta seção, que será aplicado para toda a carteira de contratos de planos de saúde da operadora que tenham menos de 30 (trinta) beneficiários.

19.10.1. A aplicação do índice de reajuste obtido em conformidade com a presente cláusula se dará na data-base imediatamente subsequente ao período de apuração, data-base essa coincidente com a data de aniversário do presente contrato.

19.10.2. Para contratos firmados após a vigência das normas disciplinadoras da matéria, a apuração do número de beneficiários se dará na data de assinatura do contrato e, nos anos seguintes, conforme regramento acima.

19.10.3. Será considerado um contrato agregado ao agrupamento de que trata esta cláusula aquele que possuir, na data de aniversário do contrato, quantidade de beneficiários inferior a 30 (trinta) na data prevista acima, ainda que ocorra variação posterior da quantidade de beneficiários ao longo dos 12 (doze) meses posteriores à apuração.

19.11. O valor do percentual de reajuste deve ser único para todos os contratos que compõem o agrupamento e será calculado ou aplicado o critério de análise de equilíbrio do contrato com base no índice de utilização - conforme abaixo - combinado ao índice de reajuste divulgado pela ANS para planos individuais, que esteja vigente no período de cálculo do reajuste definido na legislação regulatória e neste contrato. Se o Índice de Utilização do agrupamento estiver superior a 75%, o percentual de reajuste será dado pela fórmula estabelecida a seguir:

19.11.1 Cálculo do Índice de Utilização:

$$IU = \frac{\text{Custo Assistencial Total}}{\text{Receita Total}}$$

Legendas e definições das fórmulas:

IU = Índice de Utilização

CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL = Soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde.

OUTROS CUSTOS ASSISTENCIAIS = Reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas da ANS, serviço de monitoramento a clientes.

RECEITA TOTAL = Faturamento com Assistência Médica (+) receitas de coparticipação (-) redutores da receita.

REDUTORES DA RECEITA = receitas canceladas e descontos concedidos.

19.11.2 Reajuste do agrupamento: $[(1 + \text{percentual de recomposição (\%)}) \times (1 + \text{reajuste da ANS para planos individuais}) - 1]$

19.12 Se o índice de utilização estiver abaixo de 75% (setenta e cinco por cento) será aplicado o reajuste determinado pela

ANS para planos individuais.

19.13. A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos com aniversário entre maio e abril do ano subsequente.

19.14 O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos de que trata essa cláusula será aplicado no mês de aniversário do contrato, obedecendo ao disposto acima.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir do 10º (décimo) mês de vigência, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor para a renovação.

20.2. Considera-se como data do início de vigência a data pactuada entre as partes e constante da Proposta de Admissão.

20.3. Ocorrendo o cancelamento durante o período mínimo de vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula "DA RESCISÃO DO CONTRATO".

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

21.1. A UNIMED-BH poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

21.1.1 O contrato também poderá ser cancelado:

a) pela UNIMED-BH, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;

b) pela UNIMED-BH em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do CONTRATANTE;

c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais.

21.2. Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) 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.

21.2.1. Se, no caso de rescisão dentro do período de vigência e por iniciativa do CONTRATANTE, o custo operacional dos serviços utilizados for superior ao valor apurado conforme o item acima está facultado à UNIMED-BH faturar a diferença, a título de penalidade, diante do franco prejuízo a que está sujeita pela rescisão antecipada.

21.3. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes CONTRATANTE, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

a) a responsabilidade da UNIMED-BH quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, não correndo as despesas, a partir daí, por conta da UNIMED-BH;

b) durante o prazo de aviso prévio, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários, exceto nos casos disciplinados no item 4.4 e seus sub itens, do presente contrato;

21.4. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-BH, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, inclusive àquelas referentes a procedimentos autorizados previamente a exclusão do beneficiário mas não realizados até a referida data, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

21.5. Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a

rescisão deste contrato.

21.6. Em caso de cancelamento ou rescisão deste contrato, os beneficiários poderão firmar contrato individual/familiar com a UNIMED-BH, no prazo de 30 (trinta) dias, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS REGRAS ANTICORRUPÇÃO

22.1. O **CONTRATADO** declara que está ciente, conhece, entende e observa integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei n.º 12.846, de 2013 ("Lei Anticorrupção", em conjunto, as "Regras Anticorrupção"), comprometendo-se a abster de qualquer atividade que constitua uma violação às disposições do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", que passa a ser considerado ANEXO ao presente contrato.

22.2. O "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" encontra-se disponível no site <https://www.unimedbh.com.br/espacoempresa>, tendo o **CONTRATADO** tomado conhecimento do inteiro teor deste, compromete-se a respeitar e exigir que o seu conteúdo normativo seja respeitado pelos seus empregados, colaboradores, prepostos e subcontratados, com ulterior compromisso de levá-lo ao conhecimento de eventuais terceiros com os quais o **CONTRATADO** venha a manter contato para a execução do presente Contrato.

22.3. O **CONTRATADO**, por si e por seus administradores, diretores, funcionários e agentes, bem como seus sócios que venham a agir em seu nome e por seus subfornecedores, se obriga a conduzir suas práticas comerciais, durante a consecução do presente Contrato, de forma ética e em conformidade com as Regras Anticorrupção e com o "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos".

22.4. Na execução deste Contrato, o **CONTRATADO**, por qualquer de seus diretores, empregados, colaboradores, prepostos, agentes ou sócios agindo em seu nome, e por seus subfornecedores não poderá, em nenhuma hipótese: dar, oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de, direta ou indiretamente, qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor a qualquer autoridade governamental, agente público, consultores, representantes, parceiros, ou quaisquer terceiros, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do agente ou do governo, ou para assegurar qualquer vantagem indevida, ou direcionar negócios para, qualquer pessoa, e que violem as Regras Anticorrupção.

22.5. Mediante notificação prévia, o **CONTRATADO** concorda que a **UNIMED-BH** terá o direito de realizar procedimento de auditoria certificar o cumprimento do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" e das Regras Anticorrupção pelo **CONTRATADO**, sem, contudo, exonerar e/ou diminuir suas responsabilidades perante a **UNIMED-BH**, terceiros e/ou autoridades competentes.

22.6. Qualquer descumprimento por parte do **CONTRATADO** e seus subfornecedores de quaisquer Regras Anticorrupção aplicáveis ou do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", ensejará a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, observadas as penalidades previstas neste Contrato, ficando, ainda, a **CONTRATADO** responsável por indenizar à **UNIMED-BH** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando autorizada desde já a reter qualquer pagamento que seja devido ao **CONTRATADO** e/ou a compensar com qualquer valor que seja devido à **UNIMED-BH**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

23.1. O **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **UNIMED-BH**, para todos os efeitos legais.

23.2. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico.

23.3. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

23.4. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Por esse motivo, qualquer alteração das normas que implique a necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará o **CONTRATANTE** a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

23.5. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, nesse caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever de o **CONTRATANTE** pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo, aferido por meio da Tabela de Referência.

23.6. A **UNIMED-BH** reserva-se o direito de exigir perícia médica nos casos de internações ou de outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse por intermédio de junta

constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, este escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados e cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED-BH.

23.7. A UNIMED-BH reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observados os trâmites legais, conforme artigo 17, da Lei 9.656/1998, desde que:

23.7.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação efetivada aos beneficiários e, nos casos em que a lei exija, requerimento à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

23.7.2. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante o período de internação, a UNIMED-BH arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;

23.7.3. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED-BH, durante o período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a UNIMED-BH a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

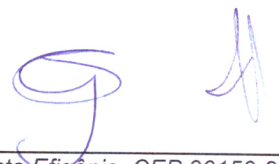
23.8. Em caso de redimensionamento, por redução, da rede hospitalar deste plano, a UNIMED-BH solicitará à ANS autorização expressa.

23.9. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

23.10. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

23.11. É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao beneficiário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, bem como do guia médico do plano contratado.

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



DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do CONTRATANTE, declaramos:

- a) Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.
- b) Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.
- c) Compreendemos os valores e suas tabelas indicativas, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão e aplicação da multa dentro do período mínimo de vigência e do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.
- d) Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.
- e) Estamos cientes de que empresas que contratam cooperativas de trabalho médico na área de saúde são responsáveis pelo recolhimento do INSS, conforme Lei 9.876/99.
- f) Estamos ciente que, caso haja plano vigente com a UNIMED-BH por qualquer beneficiário em data anterior a esta, o cancelamento deverá ser feito diretamente na UNIMED-BH pelo responsável legal do contrato anterior. Conseqüentemente comprometemo-nos a informar aos beneficiários os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como eventuais alterações contratuais, inclusive os reajustes das contraprestações.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

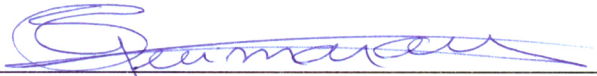
Belo Horizonte, 20 de setembro de 2017.



UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Samuel Flam
Diretor-Presidente

Luiz Fernando Neves Ribeiro
Diretor Comercial



ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE BETIM ASMUBE

TESTEMUNHAS:

Nome: Jean Keith da Silva
CPF: 751.027.146-00

Nome: Clarissa Castanha
CPF: 067.918.222-06
Analista de Relacionamento e Negócios - GRCC