

Unimed
Betim

Av. Governador Valadares, 619
Cep 32510-010 - Betim - Minas Gerais
Tel.: 0xx(31) 3531-2133
Fax: 0xx(31) 3594-3694
E-mail: unibetim@estaminas.com.br



PROPOSTA DE ADMISSÃO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Este produto está de acordo com a Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, e resoluções n.ºs 2, 6, 8, 10, 11, 12, 13 e 14 do CONSU, publicadas no dia 4 de novembro de 1998.

1- CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO			
ENFERMARIA/APARTAMENTO - COLETIVO EMPRESARIAL			
Acomodação	Segmentação	Registro MS	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria	Unimed-Max Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	422.317/99-9	
<input type="checkbox"/> Apartamento	Unimed-Max Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	422.319/99-5	
2 - OPERADORA			
UNIMED - BETIM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA Registro Provisório na ANS n.º 36.1518 CNPJ : 21.047.469/0001-56 Avenida Governador Valadares , 619 Bairro Centro CEP: 32510-010 Betim (MG) Fone: (031) 3531-2133 Fax: (031) 3594-3694			
3 - PROPONENTE			
Razão Social: ASSOCIAÇÃO SERVIDORES MUNICIPAIS BETIM - ASMUB			Nome fantasia:
Endereço: RUA PEDRO NEVES, 66			
Bairro: CENTRO	Cidade: BETIM	UF: MG	CEP: 32510-220
Telefone : 3531-1076	Ramal: -	Fax: -	
CGC: 19.134.725/0001-09	Inscrição Estadual: ISENTA	Inscrição Municipal: -	
4 - CONDIÇÕES DO CONTRATO PROPOSTO			
4.1 - Preços			
Assistência Médica			
Faixa Etária	Valor	Variação percentual	
De 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade	R\$ 37,82	-	
De 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade	R\$ 37,82	-	
De 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade	R\$ 37,82	-	
De 40 (quarenta) a 49 (Quarenta e nove) anos de idade	R\$ 37,82	-	
De 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade	R\$ 37,82	-	
De 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade	R\$ 37,82	-	
70 (setenta) anos de idade ou mais	R\$ 37,82	-	
O custo mensal da assistência médica varia conforme a idade do associado. Quando ocorrer a mudança de faixa etária do associado, será aplicado reajuste conforme a variação percentual das faixas etárias, especificada na tabela acima.			
O valor mensal a ser pago será igual a soma dos valores da assistência médica, referente a cada associado inscrito. Os eventuais agravos não estão incluídos nos preços acima.			
4.2 - Taxa de Inscrição			
Será cobrada a taxa única por associado inscrito, independente da época da inscrição no valor de R\$ (ISENTA)			
4.3 - Área de abrangência geográfica			
<ul style="list-style-type: none">Atendimento somente em Betim, Brumadinho, Igarapé, Esmeraldas, Juatuba, Ibirité, Sarzedo, Mário Campos e São Joaquim de Bicas, Os atendimentos só poderão ser realizados por médicos cooperados da UNIMED-BETIM.Atendimento nacional em casos de urgências e emergências em toda a rede credenciada do SISTEMA UNIMED, exceto hospital de alto custo.			
4.4 - Data de vigência e duração do contrato			
O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a partir do dia:		Ciente (Rubrica do contratante):	
01 de Junho de 2001			
A data de início da vigência poderá ser alterada caso seja necessário a execução de exames pré-admissionais em uma ou mais pessoas incluídas nesta proposta.			

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

4.5 - Carências

A partir da data de início de vigência, serão contadas as Seguintes carências:

- 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, nos termos da lei;
- 30 (trinta) dias, para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- 180 (cento e oitenta) dias, para as demais cirurgias;
- 180 (cento e oitenta) dias, para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- 180 (cento e oitenta) dias, para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- 180 (cento e oitenta) dias, para internações;
- 180 (cento e oitenta) dias, para os demais procedimentos;
- 300 (trezentos) dias, para partos a termo.
- 24 (vinte e quatro) meses, para doenças e lesões pré-existentes, nos termos da lei.

Importante : a redução ou eliminação de carências é uma concessão, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed-Betim, após examinada toda a documentação do proponente.

É parte integrante desta proposta a declaração de saúde para empresas com menos de 50 (cinquenta) associados inscritos a ser preenchidas por cada um deles.

5 - CO-PARTICIPAÇÃO

Nas internações superiores a 30 (trinta) dias, por ano, decorrentes de transtornos psiquiátricos, e nas internações superiores a 15 (quinze) dias, decorrentes de quadros de intoxicação, abstinência alcoólica ou outra forma de dependência química, será exigida, nos termos da lei e da resolução 11/98 do CONSU, uma co-participação de 30 % (trinta por cento) sobre as despesas hospitalares.

6 - SEGURO DE VIDA

Será pago, nos termos do contrato, em caso de acidente que resulte morte do associado titular, a quantia de R\$ 3.200,54 (Três mil duzentos e cinquenta reais e quatro centavos).

Em caso de morte natural do associado titular será pago, nos termos do contrato, a quantia de R\$ 1.600,27 (Mil e seiscentos reais e vinte e sete centavos).

7 - TRANSPORTE AEROMÉDICO OPCIONAL

É interveniente prestadora deste serviço a UNIMINAS ADMINISTRAÇÃO, PARTICIPAÇÕES E SERVIÇOS MÉDICOS DE URGÊNCIA LTDA, situada à Rua Boaventura, 2312, Aeroporto da Pampulha, Belo Horizonte (MG), CEP 31270-310, telefone (031)3443-2009, fax (031)3441-2457. Este serviço será prestado nos termos do aditivo contratual.

Não quero contratar o opcional de transporte aeromédico.

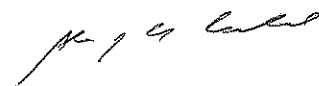
Sim. Quero contratar este opcional ao custo mensal adicional por associado inscrito no contrato de

R\$ _____ (_____), independente da variação da faixa etária.

8- ASSINATURA DO CONTRATANTE

Betim, _____ de _____ de _____ Assinatura: _____







CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL
UNIMED MAX AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICO
PADRÃO ENFERMARIA
PLANO LOCAL EM PRÉ-PAGAMENTO

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

REGISTRO PROVISÓRIO NA ANS N.º 36.1518
REGISTRO MS 422.317/99-9

Que celebram entre si de um lado **ASSOCIAÇÃO SERVIDORES MUNICIPAIS BETIM - ASMUB** com sede à Rua Pedro Neves, 66 – Centro na cidade de: Betim - Minas Gerais - CEP: 32510-220, com registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (C.N.P.J): 19.134.725/0001-09 e Inscrição Estadual: isenta neste ato representada por seu(s) Diretores(s), que no final assina(m) e se identifica(m), doravante simplesmente denominada **CONTRATANTE** e do outro lado, a **UNIMED BETIM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, com sede à Av. Governador Valadares, 619 - Centro - Betim/MG, com o C.G.C nº 21.047.469/0001-56 e Insc. Est.: Isenta - Representada na forma de suas disposições estatutárias, por seus Diretores que no final assinam e se identificam, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, fica justo e acertado o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, aos associados regularmente inscritos pela **CONTRATANTE**, conforme rol de procedimentos para os planos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, anexo à Resolução n.º 10 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), publicada em 4 de novembro de 1998, na forma e condições que seguem neste instrumento.

1.2 - A assistência ora pactuada visa à prevenção da doença e à recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

1.3 - O presente contrato se caracteriza pela contratação com pessoa jurídica (contratação coletiva empresarial), tendo em vista cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada ao **CONTRATANTE**, em caráter empregatício, associativo ou sindical, com a previsão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional relativa à empresa contratante.

1.4. - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) **CONTRATANTE**, aos(às) filhos(as), aos(às) associado(as), aos(às) menores, etc.

CLAUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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.

ACIDENTE DO TRABALHO: É qualquer intercorrência que aconteça com o associado em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano.


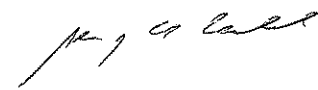
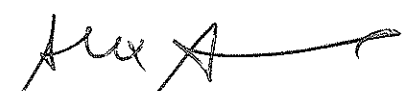
AMBULATORIO: estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos associados.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA : área de atuação da operadora, definida em contrato, dentro da qual o associado poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO : Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

ASSOCIADO: Pessoa física inscrita pela UNIMED-BETIM que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependentes, conforme definido na cláusula quarta.

ASSOCIADO TITULAR: Para efeito deste contrato, são associados titulares os dirigentes, empregados ou associados do CONTRATANTE, inscritos como tais.

ASSOCIADO DEPENDENTE: qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao associado titular:

BENEFICIÁRIO: é aquele que é favorecido pelo benefício.

BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos associados, nas condições expressas do contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos associados pela contraprestação.

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

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do associado, validade, código de inscrição na UNIMED-BETIM, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS: relação, com os respectivos endereços, dos médicos cooperados, clínicas e hospitais credenciados a prestarem serviços ao associado.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do associado de um mesmo plano de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o associado deve compartilhar com a operadora em cada evento, conforme especificado no plano de assistência à saúde.

COBERTURAS: são as cláusulas contratadas que definem os direitos dos associados.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP): é o órgão colegiado vinculado ao Ministério da Fazenda que, dentre outras atribuições, é responsável por ditar as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do associado.

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica através da relação de emprego, associativa ou sindical.


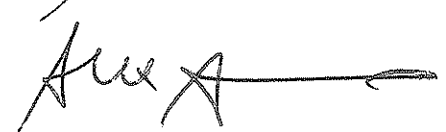
CONTRATADA: A UNIMED-BETIM se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos associados do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus dirigentes, empregados, associados e dependentes.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato, mancebia; amigado, amasiado, companheiro.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) acrescido do percentual de 20% (vinte por cento).

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o documento preenchido pelo CONTRATANTE ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições gerais de saúde dos associados a este contrato.


7 a linha




DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: doença ou deficiência de nascimento, ou adquirida durante a vida intra-uterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela que teve origem em conseqüência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o associado, caracterizado em declaração do médico cooperado assistente.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do associado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do associado.

EXAMES BÁSICOS: para efeitos deste contrato são considerados exames básicos de diagnóstico e terapia os seguintes: (a) análises clínicas; (b) biópsia; (c) citopatologia; (d) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (e) eletrocardiograma convencional; (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia, 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) teste ergométrico.

EXAMES ESPECIAIS: para efeitos deste contrato são considerados exames especiais de diagnóstico e terapia os seguintes: (a) angiografia; (b) arteriografia; (c) eletroencefalograma, com mapeamento cerebral; (d) ultra-sonografia; (e) tomografia computadorizada; (f) ressonância nuclear magnética; (g) medicina nuclear; (h) densitometria óssea; (i) laparoscopia diagnóstica; (j) ecocardiografia com mapeamento, com fluxo a cores, com doppler, colorido; (k) eletrocardiografia dinâmica (holter); (l) provas de função pulmonar; (m) radiologia intervencionista; (n) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiocoronariografia); (o) videolaparoscopia e diagnóstica; (p); (q) tococardiografia

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um associado no plano, condicionado ao aceite da UNIMED-BETIM.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o associado é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico cooperado assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MÉDICO COOPERADO: é o médico associado a uma das Cooperativas de Trabalho Médico, existentes no Sistema Nacional UNIMED.

MENSALIDADE: cada um dos pagamentos efetuados pelo CONTRATANTE para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: qualquer empresa que comercialize planos privados de assistência à saúde.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

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

PATOLOGIA: modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médicos, hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela UNIMED-BETIM.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: é o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: Anexo do contrato, expressa as condições do contrato, tais como o preço, carência, taxa de inscrição, tipo de plano, variação percentual de faixa etária, seguro, co-participação e opcional, no qual o CONTRATANTE, manifesta 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.

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pelo CONSU através de anexo à Resolução n.º 10/98, publicada em 4 de novembro de 1998, que referencia os procedimentos básicos obrigatórios, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e o plano referência).

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do associado pela UNIMED-BETIM, para atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria das cooperativas.

SEGURO DE REMISSÃO: seguro que visa oferecer a quitação, por período contratual determinado, das mensalidades de planos de assistência à saúde dos dependentes de associados titulares, em caso de falecimento destes.

SINISTRO: termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

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

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - Os serviços ora contratados serão prestados pela UNIMED-BETIM, dentro de sua área de abrangência geográfica, que compreende Betim, Brumadinho, Igarapé, Esmeraldas, Juatuba, Ibirité, Sarzedo, Mário Campos e São Joaquim de Bicas. Os atendimentos só poderão ser realizados por médicos cooperados da Unimed-Betim.

3.2. - Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA NACIONAL UNIMED, de acordo com os recursos locais da prestadora do atendimento.

3.2.1. – Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do SISTEMA NACIONAL UNIMED, os hospitais de tabela própria (hospital de alto custo) não estão incluídos na cobertura deste contrato.

CLÁUSULA QUARTA - DOS ASSOCIADOS


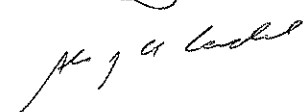
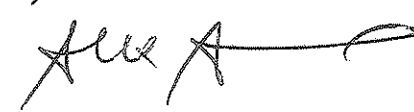
4.1 - Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados associados titulares os dirigentes, empregados ou associados do CONTRATANTE, regularmente inscritos como tais.

4.2 - São associados dependentes, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao associado titular:

- a) cônjuge;
- b) filho solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- c) o enteado e o menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do associado titular, solteiros até 24 (vinte e quatro) anos incompletos;
- d) convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) filho comprovadamente inválido;

4.3 - Para efeitos do benefício previsto na cláusula 20.1 (PEA – PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL), somente serão considerados como beneficiários:

- a) cônjuge;
- b) o convivente, após a comprovação da dependência econômica junto ao Fisco ou à Previdência Social;

- c) filho e o enteado solteiros com idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos;
- d) filho comprovadamente inválido.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE ASSOCIADOS

5.1 - O CONTRATANTE é obrigado a fornecer a relação dos associados a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência. Também deverá informar se há previsão dos associados contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste contrato e de que forma está equacionada esta previsão. A CONTRATADA poderá exigir da CONTRATANTE, sempre que desejar a comprovação de legalidade de filiação e dos graus de dependência de vínculo empregatício através da R.E (Relação de empregados – F.G.T.S.).

5.2. - O CONTRATANTE obriga-se a comunicar em formulário próprio da UNIMED-BETIM quaisquer alterações inclusões e exclusões de associados até o dia 15 (quinze) de cada mês para os efeitos deste contrato, que somente serão levadas em consideração após o devido reconhecimento pela UNIMED-BETIM.

5.3 – Quando for o caso, ficará a critério da UNIMED-BETIM a realização de exame prévio de admissão nos associados, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações do CONTRATANTE.

5.4 - É assegurada a inclusão:

5.4.1. - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do associado titular, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que as mesmas já tenham sido cumpridas pelo associado titular e a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.

5.4.2. - do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo associado titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;

5.4.3. - do cônjuge do associado titular, com aproveitamento dos períodos de eventual carência já cumpridos por este, quando contrair matrimônio durante a vigência deste contrato, e for inscrito no prazo de 30 (trinta) dias a contar do evento.

5.4.4. - dos novos dirigentes, empregados, associados ou sindicalizados, com os mesmos prazos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão, desde que não tenham sido incluídos até 30 (trinta) dias, da assinatura do contrato.

5.4.5. - Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula, ou ainda, sendo contratada coberturas adicionais, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

5.5. – Ressalvadas as hipóteses previstas nos itens 5.7 e 5.8 deste instrumento, o associado que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato. A exclusão do associado titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

5.6 - Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, associado, sindicalizado, sócio ou diretor do CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença.


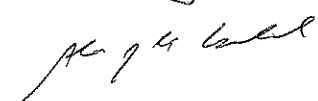

Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

5.7. - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O ASSOCIADO DEMITIDO

5.7.1 - A UNIMED-BETIM assegura ao associado titular que contribuir para o plano decorrente de seu vínculo empregatício como CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, o direito de manter sua condição de associado e dos associados dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho desde que assuma o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

5.7.2. - O período de manutenção da condição de associado será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

5.7.3. - Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos associados cobertos pelo plano, nos termos dispostos neste artigo.

5.7.4. - A condição de associado assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do associado titular em outro emprego.

5.7.5. - O associado titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a cobertura aqui estabelecida.

5.7.6. - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do associado, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

5.8. - DAS CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO CONTRATADO PARA O ASSOCIADO APOSENTADO

5.8.1 - A UNIMED-BETIM assegura ao associado titular que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como associado e dos associado dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

5.8.2 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado no *caput*, é assegurado o direito de manutenção como associado, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

5.8.3. - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito a permanecer no plano, conforme aqui estabelecido.

5.9. - DA RESPONSABILIDADE PELA PERMANÊNCIA NO PLANO DE ASSOCIADO DEMITIDO OU APOSENTADO

5.9.1. - Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento da contraprestação em nome de seu ex-empregado e eventuais dependentes.

5.9.2. - Exclusivamente em decorrência de falência ou por qualquer hipótese de encerramento das atividades do CONTRATANTE, será da UNIMED-BETIM a responsabilidade de administrar o plano, nas mesmas condições então vigentes, efetuando a cobrança das contraprestações diretamente dos associados demitidos ou aposentados.

5.9.3. - No caso de rescisão do presente contrato, o CONTRATANTE será responsável pela contratação de outra assistência médica que garanta aos associados aqui referidos, a continuidade do direito já em fruição.

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. - A UNIMED-BETIM fornecerá aos associados o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, referente ao plano a que pertencerem (PADRÃO ENFERMARIA), com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a UNIMED-BETIM adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos associados.



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

6.2.1. - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos associados que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam associados, com ou sem o conhecimento destes.

6.2.2. - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer associado, a critério da UNIMED-BETIM, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

6.3. - Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIMED-BETIM, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela UNIMED-BETIM.

6.3.1 - A comunicação do extravio ou perda do cartão de identificação do associado não exime o CONTRATANTE da responsabilidade pelo seu uso indevido.


12/11/2011


CLÁUSULA SÉTIMA - DO PLANO CONTRATADO

7.1. - O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a modalidade de **CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL**, entendendo-se como tal aquele que tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada ao CONTRATANTE, em caráter empregatício, associativo ou sindical, com a previsão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional relativa à empresa contratante.

7.2. - A adesão deverá ser automática na data de contratação do plano ou no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada ao CONTRATANTE.

7.3. - Os associados regularmente inscritos pelo CONTRATANTE farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos médicos cooperados e dos recursos próprios, contratados ou credenciados dentro da área de abrangência descrito na Cláusula terceira deste contrato.

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

7.5 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

7.6. - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM 50 (CINQUENTA) USUÁRIOS OU MAIS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, não haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, bem como a exigência do cumprimento de prazos de carência

7.6.1. - Nesta modalidade de contratação fica estabelecido o número mínimo de 50 (cinquenta) associados para assinatura e manutenção deste contrato.

7.6.2. - No decorrer da vigência deste contrato, se a quantidade de associados ficar abaixo do número mínimo acima indicado, o CONTRATANTE se obriga a pagar tantas mensalidades quantas forem necessárias, nos valores fixados para a faixa etária de até 17 (dezessete) anos de idade, até atingir o mínimo de cinquenta usuários, de modo a manter as características do presente contrato.


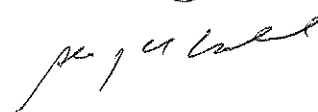

CLÁUSULA OITAVA - DAS COBERTURAS

A UNIMED-BETIM cobrirá os custos, de conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, das despesas de assistência médica e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil dentro da área de abrangência geográfica da CONTRATADA com PADRÃO DE ENFERMARIA ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e de conformidade com os procedimentos definidos e listados no rol de procedimentos anexo à Resolução número 10/98 do CONSU, observada as seguintes segmentações:

8.1. - COBERTURA AMBULATORIAL

8.1.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BETIM dentro da área de abrangência da CONTRATADA, definidos e listados no Rol de Procedimentos anexo à Resolução n.º 10/98 do CONSU, observada a seguinte abrangência:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;

- c) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**
- d) cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico cooperado assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- e) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**
- f) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - 1) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - 2) quimioterapia ambulatorial;
 - 3) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - 4) hemoterapia ambulatorial;
 - 5) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.


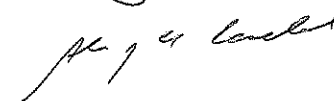

8.1.2 - Estão excluídas da cobertura ambulatorial :

- a) as exclusões genéricas descritas na cláusula nona;
- b) quaisquer atendimentos odontológicos;
- c) os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas;
- d) serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;
- e) procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- f) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- g) quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- h) radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- i) nutrição enteral ou parenteral;
- j) embolizações e radiologia intervencionista;
- k) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

8.2 - COBERTURA HOSPITALAR

8.2.1 - A cobertura hospitalar compreende a internação clínica, inclusive a psiquiátrica ou cirúrgica, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BETIM, os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no Rol de Procedimentos anexo à Resolução n.º 10/98 do CONSU:

- a) diárias de internação hospitalar, **em quarto coletivo, padrão enfermaria**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente, sujeito a auditoria médica local pela UNIMED-BETIM;
- b) exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, desde que acompanhado de justificativa do médico cooperado assistente, exceto os não cobertos por este contrato;
- c) assistência médica através de médicos cooperados;
- d) medicamentos nacionais, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados;
- e) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- f) serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular;**
- g) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- h) unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico cooperado assistente;
- i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- j) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do associado menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar;**



- k) despesas com remoção inter-hospitalar do associado, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto.;
- l) cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
- 1) quando se referir ao processo gestacional, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial;
 - 2) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para cobertura ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - 3) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.**
- m) cirurgia plástica reparadora quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo associado, e que estejam causando problemas funcionais;
- n) cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- o) transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:
- 1) despesas assistenciais com doadores vivos;
 - 2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
 - 3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - 4) os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o associado esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.
- p) Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação:
- 1) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);
 - 2) quimioterapia;
 - 3) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
 - 4) hemoterapia;
 - 5) nutrição parenteral ou enteral;
 - 6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - 7) embolizações e radiologia intervencionista;
 - 8) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - 9) remoções em urgências ou emergências;
 - 10) fisioterapia;
 - 11) Eletrococleografia.
- q) tratamento de portadores de transtornos mentais, não ocasionados por dependência química, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, **isento de co-participação, pelo prazo máximo de 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.** Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na Proposta de Admissão.
- r) as internações em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização. As internações, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", serão **isentas de co-participação pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não**

10/10/2010

- s) **cumulativos**. Após esse prazo, essas internações estarão sujeitas a co-participação financeira nas despesas, conforme referenciado na Proposta de Admissão.
- t) As lesões auto-infringidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em associados portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

8.2.2 - Estão excluídas da cobertura hospitalar :

- a) as exclusões genéricas descritas na cláusula nona;
- b) procedimentos obstétricos;
- c) medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;
- d) despesas de acompanhantes excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;
- e) produtos de toalete e higiene pessoal;
- f) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada cobertura;
- g) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo SISTEMA NACIONAL UNIMED;
- i) quaisquer atendimentos odontológicos;
- h) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

8.3 - COBERTURA DE OBSTETRÍCIA

8.3.1 - A cobertura obstétrica compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BETIM.

8.3.2 - Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, estando a usuária ainda cumprindo período de carência, a UNIMED-BETIM, estará obrigada a tão somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na cobertura ambulatorial.

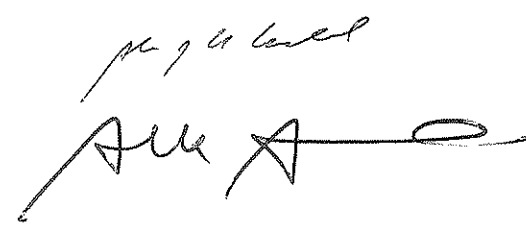
8.3.3 - Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento.

Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto na cláusula quinta.

CLÁUSULA NONA - DAS EXCLUSÕES

Estão excluídas da cobertura deste contrato:



1. atendimento fora da área de abrangência geográfica da CONTRATADA.
2. consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
3. consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do associado e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
4. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
5. exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.);
6. cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidas pelas autoridades competentes;
7. cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;
8. atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, cataclismas, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
9. tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanções nucleares ou ionizantes;
10. vacinas;
11. medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;



12. tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, para infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;
13. enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
14. cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, vigência esta considerada para o associado, e que estejam causando problemas funcionais;
15. tratamentos clínicos e cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso;
16. tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, desde que justificado pelo laudo do médico cooperado assistente e do ortopedista, ficando ainda o associado sujeito a auditoria médica da UNIMED-BETIM;
17. medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos ambulatoriais, fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;
18. *check-up*, necrópsias, exames para piscina e ginástica, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
19. investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar;
20. aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou que não seja de fabricação nacional;
21. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
22. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
23. despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhantes nos termos da lei ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
24. implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim;
25. tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
26. 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 entidades não contratadas;
27. exames admissionais, demissionais e periódicos, uma vez que se trata de outro produtos disponibilizado pela UNIMED-BETIM, denominado "Produto de Saúde Ocupacional".

**CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CARÊNCIAS
(INÍCIO DO DIREITO À UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS)**

- 10.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos associados regularmente incluídos e aceitos pela UNIMED-BETIM, após o cumprimento das carências a seguir especificadas:
- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, nos termos da lei;
 - b) 30 (trinta) dias, para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
 - c) 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
 - d) 180 (cento e oitenta) dias, para as demais cirurgias;
 - e) 180 (cento e oitenta) dias, para exames especiais de diagnóstico e terapia;
 - f) 180 (cento e oitenta) dias, para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
 - g) 180 (cento e oitenta) dias, para internações;
 - h) 180 (cento e oitenta) dias, para os demais procedimentos;
 - i) 300 (trezentos) dias, para partos a termo.
- 10.2 - Contratada a ampliação da cobertura através dos módulos adicionais, os associados sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.
- 10.3 - O prazo de carência será contado a partir da data de vigência do contrato que consta da Proposta de Admissão.
- 10.4 - Os períodos de carência para cada procedimento constam da Proposta de Admissão.
- 10.5 - Para as inclusões que se fizerem após 30 (trinta) dias da assinatura do contrato os associados cumprirão as mesmas carências que trata esta cláusula.


p. 1 a 10


CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

11.1 – No contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) participantes, no ato da inclusão inicial ou posteriores, o associado titular preencherá o formulário de declaração de saúde, elaborado pela UNIMED-BETIM, obrigando-se a informar a condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sua e de seus dependentes, sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.

11.2 – O associado poderá solicitar um profissional médico para orientá-lo no preenchimento do formulário de declaração de saúde. A UNIMED-BETIM disponibilizará um profissional médicos cooperado que, por livre escolha e sem ônus para o associado, procederá a entrevista orientadora. O associado poderá ser orientado por qualquer outro profissional médico, devendo nesta hipótese, assumir o ônus decorrente dessa entrevista.

11.3 - Ficará a critério da UNIMED-BETIM a realização de exame prévio de admissão nos associados, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória de suas declarações.

11.4 - Constatada por perícia ou na entrevista, através de declaração do associado, a existência de lesão ou doença, ser-lhe-ão oferecidas as alternativas de cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, ou agravamento do valor da mensalidade do contrato, conforme proposta previamente apresentada pela operadora e aprovada pelo CONTRATANTE.

11.5 - A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do associado, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente não informada na declaração de saúde caracterizará fraude, sujeitando o associado, à critério da UNIMED-BETIM, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos com o tratamento em decorrência da doença não informada.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Serão assegurados aos associados regularmente inscritos pelo CONTRATANTE e aceitos pela UNIMED-BETIM, através de seus médicos cooperados e de rede própria, contratada ou conveniada e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Nacional UNIMED, os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações, previstos neste contrato, obedecidas as coberturas do plano contratado, conforme constante da Proposta de Admissão, da seguinte forma:

12.1- As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da UNIMED-BETIM conforme Cláusula terceira.

12.2 - Os atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou por ela contratados, mediante solicitação do médico cooperado assistente conforme cláusula terceira.

12.3 - Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados pela UNIMED-BETIM, através da sua rede própria ou por ela contratada, mediante solicitação de médico cooperado assistente conforme cláusula terceira.

12.4 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, e a guia de internação expedida pela UNIMED-BETIM.


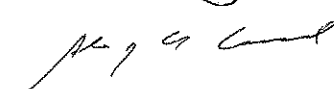

12.5 - Nos casos de urgência, o associado, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da internação para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da UNIMED-BETIM não se responsabilizar por quaisquer despesas.

12.6 - Os associados 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 emitido pela UNIMED-BETIM, em pleno vigor.

12.7 - O prazo de internação será fixado pela UNIMED-BETIM e constará da guia expedida.

12.8 - Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o associado ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED-BETIM a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente, com justificativa.

12.9 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo associado ao prestador do atendimento.

12.10 - Na hipótese do associado optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

12.11 - A UNIMED-BETIM não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos associados com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do associado.

12.12 - Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma patologia.

12.13 - Será distribuído ao CONTRATANTE o Catálogo de Médicos Cooperados e Hospitais Contratados, editado pela UNIMED-BETIM, devendo entretanto, o associado, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede UNIMED-BETIM contratada ou credenciada.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

13.1 - A UNIMED-BETIM assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo associado, 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 NACIONAL UNIMED, exceto em hospitais de tabela própria.**

13.2 - O reembolso será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pela UNIMED-BETIM, vigente à data do evento, pagáveis 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, declarando 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.

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

13.4 - O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

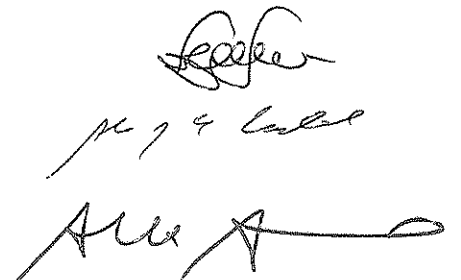
CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

14.2. - Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

- a) 1ª - de 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade;
- b) 2ª - de 18 (dezoito) a 29 (vinte nove) anos de idade;
- c) 3ª - de 30 (trinta) a 39 (trinta nove) anos de idade;
- d) 4ª - de 40 (quarenta) a 49 (quarenta nove) anos de idade;
- e) 5ª - de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta nove) anos de idade;
- f) 6ª - de 60 (sessenta) a 69 (sessenta nove) anos de idade;
- g) 7ª - 70 (setenta) anos de idade ou mais.

14.3. - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinada na cláusula décima sétima.



14.4. - Os associados com mais de 60 (sessenta) anos de idade e que tiverem permanecido em um ou mais planos da UNIMED-BETIM, por mais de 10 (dez) anos, sucessivos e ininterruptos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação da última faixa etária.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

15.1 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED-BETIM, por associado inscrito neste contrato, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

15.1.1. - Eventuais valores de co-participação deverão ser pagos da mesma forma que as mensalidades.

15.2. - As faturas das mensalidades e os eventuais valores relativos à co-participação serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a UNIMED-BETIM adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

15.3. - 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.

15.4. - As faturas emitidas pela UNIMED-BETIM serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de associado, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

15.5. - Se o CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED-BETIM para que não se sujeite as consequências da mora.

15.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa mensal de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

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

15.8 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à UNIMED-BETIM o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA CO-PARTICIPAÇÃO

16.1. - Estão disciplinados na Proposta de Admissão, os valores e percentuais de co-participação financeira do CONTRATANTE nas despesas referentes a:

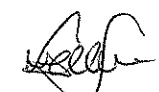
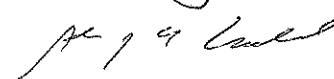

- a) tratamento de portadores de transtornos mentais, não ocasionados por dependência química, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, por período superior a 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.
- b) internações em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", por prazo superior a 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos.

16.2. - Será de responsabilidade do CONTRATANTE o pagamento da co-participação financeira pactuada, diretamente ao prestador dos serviços aos associados.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

17.1 - Nos termos da Lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também

poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

17.2 - Se, por qualquer motivo, a UNIMED-BETIM não puder praticar o reajustamento, nos termos do item anterior, provisoriamente, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), **segmento saúde**, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

17.3 - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12(doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

17.4 - Caso ocorram aumentos de sinistralidade, impostos ou quaisquer outras variações econômicas que, por ventura, venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a UNIMED-BETIM poderá pleitear perante os órgãos oficiais competentes a aplicação de medidas que restabeleçam este equilíbrio.

17.5. - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o associado titular, unificando-se as respectivas datas base.

17.5.1. - Os reajustes subseqüentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste Capítulo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

18.1 - Este contrato terá duração mínima de 12(doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir de 11(onze) meses de vigência, respeitando o período mínimo de 30(trinta) dias de aviso prévio.

18.2 - Considera-se como data do início de vigência a data de assinatura do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

19.1 - Será considerado rescindido este contrato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da UNIMED-BETIM, requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

19.2. - Este contrato também poderá ser rescindido, em qualquer época, independente de notificação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:


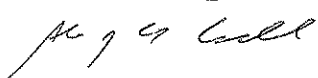

- a) qualquer ato ilícito ou fraude praticado pelos associados, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização indevida e desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação da UNIMED-BETIM;
- d) omissão ou distorção das informações, prestadas pelo associado, em prejuízo da UNIMED-BETIM ou do resultado de perícias e exames;
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades prevista nestes contrato;
- f) não concordância por parte do CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;
- g) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial do CONTRATANTE.

19.2.1 - A critério da UNIMED-BETIM, em substituição à rescisão do contrato, poder-se-á optar, mediante prévio aviso ao CONTRATANTE, pela exclusão do autor do ilícito ou abuso, bem como do respectivo associado titular a que ele estiver vinculado.

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

19.3.1. - A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a UNIMED-BETIM cobrar do CONTRATANTE a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados e à disposição e a receita das mensalidades pagas por ele, desde que o valor do custo seja superior ao da receita.

19.4 - Cumprido o prazo mínimo de vigência, estes contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da UNIMED-BETIM quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE.;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitido inclusão ou exclusão de associados.

19.5 - O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-BETIM, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou a seus dependentes, cessadas as responsabilidades da UNIMED-BETIM ou após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, 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.

19.6 - Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DOS BENEFÍCIOS ESPECIAIS

20.1 - DO PLANO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL - PEA

Ocorrendo o falecimento do associado titular, há mais de 6 (seis) meses participante do plano de assistência à saúde objeto deste contrato, desde que as mensalidades estejam rigorosamente em dia na data do óbito, os associados dependentes inscritos na mesma empresa contratante e no mesmo plano terão direito aos serviços previstos no plano em que estiverem inscritos, observadas as respectivas condições, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades. Não estão incluídos neste benefício os eventuais valores em co-participação por procedimento, cuja obrigação de pagamento pelos associados subsistirá na forma e condições anteriores.

20.1.1 - Desde que inscrito há mais de 6 (seis) meses, antes da data do óbito, serão considerados como beneficiários:

- a) cônjuge;
- b) o convivente, após a comprovação da dependência econômica junto ao Fisco ou à Previdência Social;
- c) filho e o enteado solteiros com idade inferior a 24 anos;
- d) filho comprovadamente inválido;
- e) nascituro, considerado filho do associado titular falecido, nos termos da legislação civil, inscrito na forma prevista neste instrumento.

20.1.2 - O associado dependente que não for inscrito no mesmo ato de inscrição do associado titular, ou em até 30 (trinta) dias do implemento da condição que permitisse seu ingresso no plano, só terá direito ao benefício se o óbito ocorrer após decorrido o prazo de 12 (doze) meses de sua respectiva inscrição.

20.1.3 - Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido neste Capítulo o dependente que vier a perder sua condição de dependência.

20.1.4 - O benefício fica condicionado à apresentação, pelos associados dependentes, da certidão de óbito do associado titular, além de cópias autenticadas dos documentos que se fizerem necessários à comprovação da dependência.

20.1.5 - Os associados dependentes que não apresentarem os documentos exigidos ficam impedidos de gozar do benefício da Extensão Assistencial, ainda que estivessem em gozo do direito à cobertura deste contrato, quando vivo o associado titular, salvo se houver continuidade nos pagamentos das mensalidades, sendo que os valores pagos, sob nenhuma hipótese, serão devolvidos.

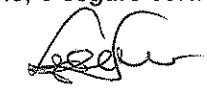
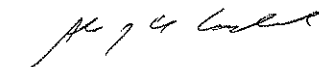

20.1.6 - Os cartões de identificação dos associados dependentes, no caso de falecimento do associado titular, serão substituídos pela Identificação Pessoal da Extensão Assistencial.

20.1.7 - O direito à Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do associado titular falecido, será assegurado na mesma área de abrangência do plano de assistência à saúde contratado.

20.2. - SEGURO DE VIDA

A UNIMED-BETIM, por apólice coletiva celebrada, assegura aos associados do CONTRATANTE, desde que tenham até 65 (sessenta e cinco) anos de idade, estejam em perfeito estado de saúde quando da inclusão e tenham cumprido o prazo de 6 (seis) meses de carência, contado da inclusão do associado titular no plano, , um SEGURO DE VIDA, no valor fixado na Proposta de Admissão. em caso de morte do associado titular.

20.2.1. - Em caso de óbito do segurado, o valor do seguro será pago aos beneficiários expressamente designados pelo associado titular. Na falta de designação de beneficiário, o seguro será pago de acordo

com a legislação pertinente, após a apresentação da documentação exigida.

20.2.2. - O valor segurado será reajustado anualmente, de acordo com a variação acumulada do IGP-M (ou medida oficial equivalente ou substitutiva).

20.2.3. - Para concessão do benefício, os interessados deverão comunicar o falecimento, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, por correspondência protocolada, identificando claramente o associado falecido, com código de identificação, ocasião em que serão dadas as orientações adicionais sobre a documentação necessária para recebimento do seguro, de acordo com as exigências da Seguradora e da SUSEP.

20.2.4. - A UNIMED-BETIM assume o compromisso de pagar o valor segurado no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da entrega da documentação exigida, desde que considerada correta, completa e idônea.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1 - O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED-BETIM, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED.

21.2 - O CONTRATANTE, por si e pelos dependentes, autoriza a UNIMED-BETIM a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

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

21.4 - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até 30/11/98, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

21.5 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do CONTRATANTE pagar à UNIMED-BETIM o respectivo custo, aferido através da Tabela da UNIMED.

21.6 - A UNIMED-BETIM 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.

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

21.8. - Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

21.9. - Fica eleito o foro da sede da UNIMED-BETIM para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.


21.10 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão e demais anexos firmados pelos contraentes.

Li, compreendi e concordo com todas as cláusulas deste contrato.

Por estarem justos e contratados, assinam o presente, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo.

Betim, 01 de junho de 2001


CONTRATANTE


CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA