

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: refeência, 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.	05
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	05
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.	07
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	09
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.	10



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.	11
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.	06 12 14 15
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	15
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	15
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.	14
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.



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

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 em consultas, exames, terapias, procedimentos, tratamentos e internações, inclusive psiquiátrica**, 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 9.656/98, 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 ANS, vigente à época do evento.

1.2. Integram este contrato para todos os efeitos de direito, 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.

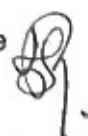
1.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s) tanto do sexo masculino quanto do feminino.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE 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 com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.



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

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA OPERADORA: é a área de atuação da operadora, definida em contrato.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO: é a área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele 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 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** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta) do presente contrato.

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, nos termos de regulamentação competente editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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

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.

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.

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).



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 pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, conforme definido da regulamentação competente editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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 anexo deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para as pessoas que com ela mantém vínculo profissional, classista ou setorial.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através do preço total do procedimento contido na Tabela de Referência da **UNIMED-BH** acrescido do percentual informado na Proposta de Admissão.

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): São orientações científicas aos profissionais de saúde sobre condução de alguns procedimentos.

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

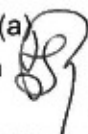
EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.

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

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) patologia clínica laboratorial; (b) biópsia e exames patológicos; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional (ecg); (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) radiografias; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia;; (n) potencial evocado; (o) prova de função pulmonar; (p) ultrassonografia. (q) videoendoscopia diagnóstica.

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 magnética; (f) medicina nuclear; (g) densitometria óssea; (h) laparoscopia diagnóstica; (i) ecodopplercardiograma; (j) eletrocardiografia dinâmica holter; (k) radiologia intervencionista; (l) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiocoronariografia); (m) videoendoscopia diagnóstica; (n) sialografia; (o) tococardiografia;

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.

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.

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.

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. Todo o processo respeita a estrutura física, oferta de prestadores/cooperados e forma de atendimento de cada singular.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação que requer o pernoite do beneficiário no estabelecimento hospitalar, sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de procedimento médico.

MÉDICO ASSISTENTE: na qualidade de médico cooperado ou credenciado da **UNIMED-BH**, é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e pela conduta realizados.

MÉDICO COOPERADO: é o médico vinculado à **UNIMED-BH** ou a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Unimed por vínculo cooperativista.

MÉDICO CREDENCIADO: médico pertencente à lista de profissionais credenciados pela **UNIMED-BH**.

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.

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, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PÓS-PARTO IMEDIATO: Nos termos da Resolução Normativa nº 338 da ANS, entende-se por pós-parto imediato como as primeiras 48 horas após o parto.

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, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente 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.

REDE AMPLA DE ATENDIMENTO: compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Ampla.

REDE PREFERENCIAL DE ATENDIMENTO: compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Preferencial.

PROPONENTE, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato, na qual o proponente 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.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência a saúde de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, 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.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5764, de 16 de dezembro de 1971.



URGÊNCIA: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMEDBH** dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de **Baldim, Barão de Cocais, Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Catas Altas, Conceição do Mato dentro, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibitiré, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial, 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, de acordo com:

- 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;

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" (disponível em www.unimedbh.com.br), 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 abaixo a seguir:



- a) cônjuge;
- b) filho natural, filho adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos 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 obstetrícia;

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 filho adotivo menor de 12 anos 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 obstetrícia.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

5.1. O **CONTRATANTE** obriga-se 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 o comprovante de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE**, nos termos do presente 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 serão levadas em consideração havendo 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) e 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 **CONTRANTE** 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 pela informação inexata, para disponibilização ou cancelamento dos serviços pactuados. Atenderá, ainda, às solicitações, por parte da **UNIMED-BH**, de documentação, que deverá ser entregue no prazo de 72 (setenta e duas) horas da data da solicitação.

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

5.4. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção poderá ser 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 fraude ao 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. O **CONTRATANTE** também poderá rescindir o contrato do beneficiário, de imediato, 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 de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

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, quando responsável pelo pagamento.

5.6. A **CONTRATADA** também poderá excluir o beneficiário 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, quando nos termos da regulamentação da ANS, houver faturamento diretamente para os beneficiários do presente plano de saúde.

5.7. A exclusão do beneficiário titular cancelará a inscrição de seu(s) respectivo(s) dependente(s). **5.8.** 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 (conforme definição do presente contrato), de qualquer utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído(s), valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou será objeto de fatura especificamente emitida.

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 a **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. O **CONTRATANTE** se obriga na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato 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 (conforme definição do presente contrato), de qualquer utilização indevida por parte do(s) beneficiário(s) excluído(s), valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou será objeto de fatura especificamente emitida.

6.3.1. Considera-se uso indevido a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, 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 a comunicação de 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, feita 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 empresarial, com coparticipação nas internações hospitalares, hospital dia e psiquiátrica, bem como em consultas, exames, tratamentos (terapias, sessões etc.) e procedimentos inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial**, e que tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial, com a previsão de inclusão dos dependentes da massa populacional relativa à empresa contratante, nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde e deste contrato.

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 as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

7.3. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica 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, sempre nos limites do rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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) que estejam vinculadas com a cobertura obrigatória 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: A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH e conforme o guia médico do plano contratado**, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, 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 vigente e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

8.2.5. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional 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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

8.2.7. cobertura dos procedimentos de fisioterapia 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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

8.2.8. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) terapia oncológica (quimioterapia) 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 vigentes;

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 e Eventos em Saúde 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 vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (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 vigentes 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 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. 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 fisioterapia: aqueles listados 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.**

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;

8.3.19. havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, este 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:

8.4.1 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 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;

8.4.2 cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/1998) nos termos da **cláusula 4.4.3** do presente contrato, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT (artigo 20, da RN 162/2007) (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

8.4.3 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 e desde que a mãe ou pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta dias) dias de carência. (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

8.4.4 será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano.

8.4.5 para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e 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, ficando claro que a mamoplastia para estes fins não está assegurada;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;
- 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 (exceto se previsto nas Diretrizes da Agência Nacional de Saúde), 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, em situações diferentes das indicações 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. 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:

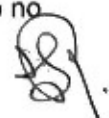
I - o beneficiário tenha se vinculado ao **CONTRATANTE** após o início da vigência inicial do contrato;

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

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

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

10.5. Se houver alteração da contratação, por opção do **CONTRATANTE**, para plano com



acomodação ao plano de origem, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da acomodação superior, garantidas as carências já cumpridas no contrato de origem.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

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

11.2. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no art. 13, da Lei 9.656/98.

11.3. 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 art. 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

11.4. 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.

11.5. 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 o beneficiário.

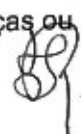
11.6. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **UNIMED-BH**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

11.7. 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.

11.8. É vedada a alegação de omissão de informação de 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.

11.9. 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.

11.10. 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 declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal;



- 11.11.** Caso a **UNIMED-BH** não ofereça a CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de CPT.
- 11.12.** Na hipótese de 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.
- 11.13.** 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.
- 11.14.** 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.
- 11.15.** Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista pela Lei 9.656, de 1998.
- 11.16.** 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 CPT.
- 11.17.** Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.
- 11.18.** 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 DLP.
- 11.19.** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação;
- 11.20.** Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 11.21.** 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 DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.
- 11.22.** Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de 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. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e de rede própria, contratada ou conveniada conforme constante do guia médico do plano contratado, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed, **obedecidas a área de abrangência do presente contrato e:**

- 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;



12.1.1 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.

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

12.1.1.2 Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço demandado, no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a **UNIMED-BH** garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

12.1.2 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.

12.1.2.1 Nos casos previstos nas alíneas 'a' e 'b' da cláusula 12.1.2, o transporte correrá à custa do beneficiário.

12.1.2.2 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.

12.1.3 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.

12.2. 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**.

12.3. Nos casos de urgência, 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.

12.4. 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**.

12.5. O prazo de internação será fixado pela **UNIMED-BH** e constará da guia expedida.

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

12.7. O regime de internação em Hospital-Dia será utilizado para todo o procedimento médico eletivo que requeira permanência inferior a 12 horas em leito hospitalar, independentemente da acomodação contratada.

12.8. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior

a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar, excluindo-se as internações que necessitem de prorrogação ou os casos de intercorrência.

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

12.10. Na hipótese do beneficiário 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. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **UNIMED-BH**, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

12.12. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

12.13. 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 doença.

12.14. O Guia do Cliente com as instruções de utilização do plano de saúde estará à disposição do beneficiário, para consulta, download ou impressão **nos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta)** informando a relação da rede prestadora de serviços de saúde, bem como a relação das cooperativas participantes do Sistema Unimed Nacional.

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

12.16. O atendimento do plano contratado será prestado na rede preferencial, caso a especialidade médica indicada pelo médico assistente não esteja disponível na referida rede, o **CONTRATANTE** será encaminhado para atendimento na rede ampla mediante senha de autorização.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

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

13.3. Serão garantidas as seguinte coberturas:

1 - 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).

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 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

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

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);

4 - atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 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);

5 - atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

6 - atendimento limitado às primeiras 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 e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

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 a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados da UNIMED-BH, vigente à data do evento, entregue ao

CONTRATANTE. Ocorrerá 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	Varição % 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 fatura, o valor da mensalidade correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares ou dependentes, inscritos neste contrato, constantes na Proposta de Admissão, bem como taxa de inscrição, e eventuais valores de coparticipação psiquiátricas, que poderão ser cobradas em faturas distintas.

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 psiquiátricas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a **UNIMED-BH** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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.

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 no ato do fechamento de Cadastro, ou seja, período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações (inclusões ou exclusões de titulares, dependentes ou módulos) ocorridas e contempladas na fatura de referência.

16.4.1. A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subsequente, através do lançamento de débito pela inclusão e crédito pela exclusão.

16.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **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 atualizado, 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 acarretará a inclusão dos dados do **CONTRATANTE** nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC, Cartório e assemelhados), além de sujeitar, a critério da **UNIMED-BH**, 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 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, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do **CONTRATANTE** pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo, 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 de Intercâmbio Mineiro ou 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, 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.

16.11. A **UNIMEDBH** 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.

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..

17.2 No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário correspondente, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o grupo ou subgrupo ao qual está inserido o evento sobre o seu valor monetário, constante 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 hospitalares;
- e) internações em hospital-dia;
- f) internações psiquiátricas.
- g) tratamentos.

17.3. 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").

17.4. 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").

17.4.1. 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 0800 303003 e solicitar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

17.5. A UNIMEDBH poderá cobrar do **CONTRATANTE** as coparticipações de utilizações realizadas até 240 (duzentos e quarenta) dias da data de realização dos procedimentos a que 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 O cálculo da coparticipação, se fixada na Proposta de Admissão em percentual, será efetuado conforme item 18.1.1 do presente.

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.

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

18.3. Os valores de coparticipação serão cobrados do **CONTRATANTE** nos casos de regime de internação em hospital dia, 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 de internação hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA- DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

19.1. 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.

19.1.1 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.

19.1.2 As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 20.1 do presente contrato, caso o Índice de Utilização (IU) – calculado conforme abaixo – seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

19.2 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 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.

19.4 Caso o Índice de Utilização do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento) as mensalidades, a **UNIMED-BH** serão reajustadas conforme o método abaixo, 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:

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

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

19.4.2 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 20.4:

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

19.4.3 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 cálculo abaixo:

$$\begin{aligned} &\text{Percentual de recomposição da mensalidade} \\ &= \text{Percentual de recomposição} * (\text{RECEITA} + \text{CP} + \text{CT}) - \text{CT} * \text{IND} / \text{RECEITA} \end{aligned}$$



Legendas e definições das fórmulas:

CP: Montante de coparticipações estabelecidas em percentual, pagas no período de aferição.

CT: Montante de coparticipações estabelecidas em valores monetários e tetos, pagas no período da aferição.

RECEITA: Obtida da soma de todas as mensalidades pagas no período de aferição, subtraídos os redutores de receita (descontos e receitas canceladas).

IND.: Indexador das coparticipações em valor monetário e tetos – IGP-M.

RECEITA TOTAL: Soma da receita, coparticipação em valores monetários e coparticipação em valores percentuais 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.

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

PERCENTUAL DE RECOMPOSIÇÃO DA MENSALIDADE: Critério de reajuste/recomposição de preços das mensalidades, **considerando-se que as coparticipações com valores monetários e os tetos estabelecidos na Proposta possuem indexador específico.**

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

19.6. 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.

19.7. A UNIMEDBH 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.

19.8 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.

19.9. 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.

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 em 20.8.2:

19.11.1 Cálculo do Índice de Utilização:

Cálculo do Índice de Utilização

IU = Custo Assistencial Total / Receita Total

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 esta 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 automaticamente 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) 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; 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 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:

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 à 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. A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a UNIMED-BH 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.

21.3. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, 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 novo cônjuge e filhos, em conformidade com este 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, 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, junto a UNIMED-BH, no prazo de 30 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, neste 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. À **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 art. 17, da Lei 9.656/98, desde que:

- 1) a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e 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;
- 2) nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante 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;
- 3) na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED-BH**, durante 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. Integram este contrato, para todos os fins de direito, todas as informações atualizadas sobre produto e rede credenciada podem ser buscadas no site da **UNIMED-BH** (www.unimedbh.com.br)

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

23.13. Fica eleito o foro de Belo Horizonte/MG 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:

1. Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.
2. Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.
3. 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.
4. Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.
5. 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.
6. 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.

Consequentemente 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.