



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 16.513.178/0001-76
Produto: Unipart Flex Estadual Adesão Apartamento
Nº de registro na ANS: 34.388-9
Nº de registro do produto: 459.445/09-2
Site: <http://www.unimedbh.com.br>
Versão: 01_mar/21 0349795
Tel.: 4002-3030

Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	07
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	07
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde complementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde complementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	15
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.	16



DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	16
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	10 16 20 23
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	27
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	27
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.	25
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
<i>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).</i>		

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



Ministério
da Saúde



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

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

UNIPART FLEX ESTADUAL ADESÃO APARTAMENTO

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão

Área de Atuação: Estadual – Minas Gerais

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Pagamento: Pré-pagamento **com cobrança de coparticipação**

Rede: Ampla Unimed-BH e Sistema Unimed Mineiro

Registro na ANS: 459.445/09-2

Proposta:

CLÁUSULA UM – 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 9.656/1998, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

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

- (a) Proposta de Admissão;
- (b) Contrato de Administração de Benefícios;
- (c) Termos de Consentimento do aplicativo e da Lei Geral de Proteção de Dados aplicados aos beneficiários;
- (d) Lista de Hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo que não compõem a rede do presente plano, **disponível em www.unimedbh.com.br**;
- (e) Rol de Eventos e Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, localizado em **www.ans.gov.br**, acesso **"Planos e Operadoras"**, **"Espaço do Consumidor"**;
- (f) Regulamento da Proteção de Dados Pessoais deste plano de saúde.

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.

1.4. As Partes signatárias adotam, na presente contratação, as seguintes premissas:

1.4.1. As comunicações levadas a efeito pelas partes serão feitas por meio de correio eletrônico, aplicativos de comunicação em dispositivos móveis indicados pelas partes e por meio do boleto emitido para pagamento das faturas, nos termos da regulamentação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

1.4.1.1. O endereço de correio eletrônico e os telefones de dispositivos móveis fornecido pelo **CONTRATANTE** e inserido na Proposta de Admissão é o eleito por ela para a centralização das comunicações entre as Partes, sendo o endereço eletrônico "padrão", até manifestação daquele em sentido contrário, mas desde que indicativo de outro endereço eletrônico, em substituição.

1.4.1.2. Serão considerados recebidos os e-mails – **que não podem ser recusados pelas Partes** – aqueles remetidos entre as 8 horas da manhã e 18 horas da tarde, em dias úteis (segunda a sextas feiras, considerados feriados do local onde está situada o escritório administrativo da Parte contratual). O mesmo se aplica a aplicativos de comunicação via dispositivos móveis.

1.4.2. As Partes reconhecem, como manifestações de consentimento, em substituição ao signo tradicionalmente manuscrito, inserido nos instrumentos, os seguintes:

1.4.2.1. Uso de assinatura por meio de certificação digital;

1.4.2.2. Assinatura em dispositivos que, por meios tecnológicos, a reproduzam em documento;

1.4.2.3. Uso de plataformas ou dispositivos móveis, dos quais derivem comprovações múltiplas de acesso, tais como logs, identificação de IP, localização geográfica e outros assemelhados;

1.4.2.4. Reprodução da assinatura digitalizada;

1.4.2.5. Aposição de "li e concordo", por meio de plataforma ou site, obedecidos requisitos de segurança e controle, em área logada, quanto a determinado documento.

CLÁUSULA DOIS - DAS DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE DO TRABALHO: é o evento que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

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

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a diluição do risco inerente ao grupo de contratos com até 99 (noventa e nove) beneficiários, buscando equilibrar os reajustes.

ANONIMIZAÇÃO: utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo.

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

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

AUDITORIA – é direito da **UNIMED-BH** – **em caso de utilização na área de outras Unimed's, também da Unimed onde se deu o atendimento** - analisar de itens objeto de prestação de



serviço, tais como contas apresentadas pelos prestadores de serviços de saúde, prontuário, solicitações, relatórios médicos, exames, utilização em geral, processos automatizados ou manuais e outros, os quais são imprescindíveis para que a operadora se certifique de que o contrato de plano de saúde está sendo cumprido nos moldes contratados, assim como se os contratos pactuados com a rede prestadora de serviços de saúde estão sendo executados conforme pactuado.

BANCO DE DADOS: conjunto estruturado de dados pessoais, estabelecido em um ou em vários locais, em suporte eletrônico ou físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**, e a este vinculado conforme determinado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar - que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na Cláusula 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 ou da adesão do beneficiário, 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.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): 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), assim definidos pela ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA: é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital Dia é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas.

COBERTURA AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidades similares, observadas as disposições do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

COBERTURA OBSTÉTRICA: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde.

CONSENTIMENTO: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada, quando necessário, nos termos da legislação vigente.

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

CONTRATADA: é a **UNIMED-BH**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga perante o **CONTRATANTE** 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 legítima, nos termos da regulamentação da **ANS** e qualificada na Proposta de Admissão, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para o público que com ela mantém vínculo profissional, classista ou setorial.

CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter até 99 (noventa e nove) beneficiários na data de apuração, conforme legislação regulatória vigente.

CONTRATO COLETIVO POR ADESAO: 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.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: conjunto de obrigações financeiras, contratualmente definidas, a cargo do **CONTRATANTE**, que quando adimplidas em sua totalidade possibilitam a prestação de serviços ora contratada.

CONTROLADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais;

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 consulta em pronto atendimento ou consultório, exame reduzido ou diferenciado, tratamento, procedimento reduzido ou diferenciado e internação hospitalar, 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: 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, Anexo I**.

COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA: 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, Anexo I**.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento devido pela prestação de serviços, em determinados casos contratualmente definidos, e cujo valor é aferido através do preço total do procedimento contido na Tabela de Procedimentos da **UNIMED-BH vigente no momento do evento** acrescido do(s) percentual(is) informado(s) na Proposta de Admissão.

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste contrato, os beneficiários de planos de saúde. A **UNIMED-BH** trata, no mínimo, os seguintes dados pessoais: nome; nome social; sexo; gênero; identidade (todos os tipos de documentos de identificação); DNV (Declaração de Nascido Vivo); título de eleitor; certidões; CPF; endereços (físicos e eletrônicos); filiação; estado civil; telefones; naturalidade; nacionalidade; número do cartão nacional de saúde; dados bancários; CCO (número da carteirinha do plano de saúde). Pode haver necessidade de dado pessoal adicional para a prestação de serviços aqui disposta.

DADO PESSOAL SENSÍVEL: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, dos beneficiários de planos de saúde.

DADO ANONIMIZADO: dado relativo a titular (nos termos da lei geral de proteção de dados) que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento.



DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): são orientações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis que devem ser observadas para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos, conforme regulamentação da ANS; que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): são os critérios definidos pela ANS, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, que definem a cobertura mínima obrigatória, conforme regulamentação da ANS;

DURAÇÃO DO TRATAMENTO DE DADOS: por duração do tratamento dos dados deve-se compreender os prazos em que a **UNIMED-BH** tem direito em tratar os dados pessoais dos beneficiários deste contrato, sendo que são os prazos consignados na legislação nacional relacionados à prescrição e decadência de direitos, avaliados caso a caso, em razão da natureza dessa prestação de serviços;

ELIMINAÇÃO: exclusão de dado ou de conjunto de dados armazenados em banco de dados, independentemente do procedimento empregado;

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

ENCARREGADO: pessoa indicada pelo controlador e operador para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

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.

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 no aplicativo da Unimed-BH e é atualizada periodicamente.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para Honorários Médicos e



procedimentos, materiais e medicamentos **para os quais não há cobertura do presente contrato.**

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

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

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Modalidade de internação que requer permanência na instituição por período superior a 12 (doze) horas, mediante as necessidades do quadro clínico do beneficiário quanto ao tratamento proposto pelo médico assistente.

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/ou procedimentos realizados.

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

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

MENSALIDADE: uma das contraprestações pecuniárias contratuais, determinada na Proposta de Admissão, que deve ser paga pelo **CONTRATANTE** em relação a cada um dos beneficiários inscritos no contrato, sejam eles titulares ou dependentes.

MOVIMENTAÇÃO ELETRÔNICA EMPRESARIAL (MEE): área de acesso exclusivo para o **CONTRATANTE**, em sítio eletrônico, que permite, dentre outras funções, a movimentação cadastral de beneficiários através da internet.

OPERADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador. Para a execução deste contrato, haverá necessidade de compartilhamento de dados com operadores determinados, quando serão estabelecidos padrões de segurança de dados, nos termos da legislação de proteção de dados vigente.

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

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido pela regulamentação da ANS, em que são identificados todos os contratos que possuam até 99 (noventa e nove) beneficiários, para que sobre ele incida o mesmo critério de reajuste.

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

PERÍODO DE APLICAÇÃO DE REAJUSTE: em caso de agrupamento de contratos com até 99 (noventa e nove) beneficiários, é o período compreendido entre maio e abril, considerando-se que o índice a ser aplicável sempre será divulgado no mês de maio.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias.



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

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

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: cobertura mínima obrigatória, definida pela ANS, que deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's do país, composta por cooperativas de trabalho médico.

TABELA DE REFERÊNCIA: é uma lista referencial de eventos (consultas, exames/terapias, procedimentos e tratamentos) para a cobertura do presente contrato e seus respectivos custos médios para efeito de cobrança de coparticipação.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como complemento ou não ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação.

TRANSFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DADOS: transferência de dados pessoais para país estrangeiro ou organismo internacional do qual o país seja membro;

TRATAMENTO DE DADOS: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração;

USO COMPARTILHADO DE DADOS: comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicos no cumprimento de suas competências legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados;

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

CLÁUSULA TRÊS – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** 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, Ibirité, 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 e aplicativo da Unimed-BH para dispositivo móvel.

3.1.1. Fora da área de atuação acima, **unicamente quando o contrato tiver área de abrangência diversa daquela e, em caso de urgência e emergência**, os serviços ora contratados serão prestados pelo Sistema Unimed:

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



3.2. 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.

3.2.1. A UNIMED-BH poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões na lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo disponibilizando-a aos CONTRATANTES pelo site www.unimedbh.com.br.

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

CLÁUSULA QUATRO - DA LEGITIMIDADE DO CONTRATANTE E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

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

- 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 30 (trinta) anos e 11 (onze) meses de idade e 29 (vinte e nove) dias;
- 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 à saúde.

4.4. São asseguradas 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.

4.5. Os documentos comprobatórios de cumprimento desta cláusula contratual serão remetidos pelo **CONTRATANTE** e armazenados pela **UNIMED-BH** pelo prazo necessário para defesa de seus direitos, nos termos da regulamentação vigente, especialmente as exaradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

4.6. Se o **CONTRATANTE** eleger qualquer tipo de intermediário relacionado à execução deste contrato, especialmente para o acompanhamento da sinistralidade e dos dados a ela relacionados, o fará na condição de **CONTROLADOR** dos dados, assumindo em relação a essa atividade, a **UNIMED-BH**, a posição de **OPERADORA** dos dados, não cabendo a ela quaisquer decisões acerca destes.

CLÁUSULA CINCO – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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

5.1.1. Durante toda a vigência do contrato, o **CONTRATANTE** deve manter os dados dos beneficiários vinculados ao plano de saúde atualizados junto à operadora, devendo ser fornecidos e-mails particulares dos beneficiários e não corporativos, assim como endereços residenciais e demais dados e nos moldes requeridos pela **UNIMED-BH**.

5.1.2. O **CONTRATANTE** em parceria com a **UNIMED-BH** deverá diligenciar para a obtenção de todo consentimento – **quando necessário** - de beneficiário, necessário para a execução deste contrato, quando a **UNIMED-BH** exercer atividade de **CONTROLADOR DE DADOS PESSOAIS**.

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

5.2.1 A **UNIMED-BH** se responsabilizará por ministrar o treinamento adequado à pessoa indicada pelo **CONTRATANTE** que optar pelo sistema denominado Movimentação Empresarial Eletrônica (MEE). A **UNIMED-BH** prestará assistência ao **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**, desde que previamente acordado entre as partes.

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

5.2.3. O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil, ou 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 contra o plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**;
- e) ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato;

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

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

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

5.6. O **CONTRATANTE** deverá comunicar formal e imediatamente a **UNIMED-BH** o recebimento da solicitação de exclusão do beneficiário titular e /ou seu(s) dependente(s).

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

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

CLÁUSULA SEIS – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação virtual (este por meio de aplicativo outra funcionalidade disponibilizada pela **UNIMED-BH**) ou impresso, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços referenciados. Cabe à **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema ou alterações no sistema de identificação para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação.

6.1.2. O cartão de identificação é **PESSOAL e INTRANSFERÍVEL**, somente podendo utilizar os serviços por meio dele, o beneficiário nele identificado, respondendo o **CONTRATANTE** por todo uso em desacordo com o presente contrato, devendo reproduzir em seus documentos com a **PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE** essa disposição.

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.

6.3. O **CONTRATANTE** se obriga na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão do beneficiário titular ou dependente, a devolver para a **UNIMED-BH** os respectivos cartões de identificação, quando impressos. 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, **exemplificadamente**, 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.

6.3.2. As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao **CONTRATANTE**, em custo operacional.

CLÁUSULA SETE – DO PLANO CONTRATADO

7.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva por adesão, com 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 tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica de caráter classista, profissional ou setorial, com a previsão de inclusão da massa populacional a essa vinculada e seus dependente(s) (na forma desta contrato), 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 OITO – 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: abrange o atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços, como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observada a seguinte abrangência:

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

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

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 vigente);

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, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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 mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

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

8.2.8 a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente):

8.2.8 hemodiálise e diálise peritoneal, listados no Rol de Procedimentos da ANS - CAPD;

8.2.9 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, listados no Rol de Procedimentos da ANS;

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

8.2.11 procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que necessitem 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 vigente, listamos no Rol de Procedimentos;

8.2.12 hemoterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos da ANS;

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

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

8.2.15 cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;

8.2.16. 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 prestadores próprios e credenciados pela **UNIMED-BH, conforme o Guia Médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado)**, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os seguintes serviços hospitalares:

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 cobertura de taxas, materiais e medicamentos utilizados vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde;

8.3.8 cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e devidamente registradas na ANVISA;

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 idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação 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 vigente);



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

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 desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

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 e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

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 deste 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 vigente):

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. 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 vigente, 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 enfermagem psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente). **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 transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:

- I. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- II. medicamentos utilizados durante a internação;
- III. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
- IV. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.

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

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

- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme definição contratual;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/98) nos termos do item 4.3.3, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo (artigo 20, da Resolução Normativa 162/07), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção e desde que a mãe ou o pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- d) será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica, mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano;
- e) para fins de cobertura do parto vaginal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA NOVE – DAS EXCLUSÕES

9.1. Estão excluídos da cobertura deste contrato todos os procedimentos que não constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e os 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 cataclismos, 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

e estudo de DNA com esses fins;

j) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;

k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;

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 nataçao ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, 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 à época do evento;

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 à época do evento;

v) procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;

w) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;

x) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;

y) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

z) identificação de cadáveres ou restos mortais;

aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;

ab) despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;

ac) produtos de toalete e higiene pessoal;

ad) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;

ae) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;



af) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;
 ag) exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

CLÁUSULA DEZ – 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
Cirurgia Ambulatorial	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 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

10.3. Contratada a ampliação da cobertura através de serviços adicionais/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 superior 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.

10.6. Na hipótese de o **CONTRATANTE** realizar a inclusão de beneficiários em plano com rede (profissionais e entidades) e serviços não constantes no plano em que anteriormente se encontravam vinculados, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da rede ou serviços acrescidos, exclusivamente.

CLÁUSULA ONZE – 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

11.2.1. Se em algum momento durante a vigência do presente, no momento de inclusão de beneficiário, for aferido que o contrato possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que



se fizer sob essa condição permitirá que o contratante exija o preenchimento de declaração de saúde e impute Cobertura Parcial Temporária em relação às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas ou aferidas por meio de perícia médica. Não será exigido esse procedimento ou imputada Cobertura Parcial Temporária caso a adesão do beneficiário no presente plano se dê em substituição a outro, no qual o beneficiário em questão tenha permanecido por período ininterrupto superior a 24 (vinte e quatro) meses, plano este da **UNIMED-BH** e de mesma segmentação.

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**, e designado por esta, 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 assumo 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 doença ou lesão preexistentes (DLP) quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **UNIMED-BH**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

11.9. 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 (CPT).

11.10. Cobertura parcial temporária (doravante denominada 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 impute a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravamento.

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

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 Doença e lesão preexistente 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 Cobertura Parcial Temporária (CPT), findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista pela Lei 9.656, de 1998.

11.16. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

11.17. O agravo, cujo oferecimento é facultativo, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do agravo, forma de pagamento e período de sua vigência.

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DOZE – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e de rede própria ou conveniada da área de atuação do produto, conforme constante do guia médico do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed Nacional, **obedecidas:**

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

13.2. As internações hospitalares e demais procedimentos – à critério da operadora - serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da



UNIMED-BH e submetidas a autorização prévia, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

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 a solicitação médica acima mencionada, sob pena de a **UNIMED-BH** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

12.4. Os beneficiários obrigam-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia/solicitação médica ou senha de autorização 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 pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.

12.6. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, previamente autorizada, deverá apresentar à **UNIMED-BH** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

12.7. O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico, será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.

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.

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

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

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

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

12.13. O Guia Médico 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.

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

12.15. O atendimento será condicionado – exceto nos casos de urgência e emergência – à identificação civil do beneficiário (preferencialmente documento com foto), acompanhado da carteira do plano de saúde e biometria do beneficiário.

12.16. A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela **UNIMED-BH**, pelo que deve ser **apresentada** pelo beneficiário inscrito no contrato, a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico (via Sistema), a depender do atendimento de que necessitou o beneficiário, nos termos de legislação regulamentar vigente.

CLÁUSULA TREZE – DO SISTEMA UNIMED

13.1. O denominado **SISTEMA UNIMED** é composto por cooperativas completamente independentes entre si, que não se confundem, cada uma com a sua autonomia corporativa e cooperativista, cada uma com a sua rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, a qual pode variar em relação aos planos de saúde da operadora.



13.2. Por meio de acordos efetuados dentro desse **SISTEMA** cooperativista, uma cooperativa pode eleger prestadores contratados por outra ou que componham a sua rede própria para compor a rede de seus planos de saúde, possuindo assim, a **UNIMED-BH**, uma rede direta (a ela diretamente ligada por vínculo negocial ou rede própria) e outra indireta (ligada a outras Unimed's por vínculo negocial com estas).

13.3. Dentro da área de atuação da **UNIMED-BH**, definida em contrato, o beneficiário tem acesso a atendimento na sua rede direta e, fora dessa área, de acordo com as cláusulas deste contrato (área geográfica de abrangência), o atendimento se dá pela rede indireta da **UNIMED-BH**.

13.4. Quando o atendimento se dá na rede indireta da **UNIMED-BH**, necessariamente há tratamento de dados, inclusive sensíveis, dos beneficiários pela **UNIMED** que detém o contrato com o estabelecimento de saúde executante dos serviços, com o que desde já concorda o beneficiário, sendo que no caso de contratos coletivos o **CONTRATANTE** é coobrigado ao fornecimento dessas informações aos beneficiários titulares e dependentes.

13.5. Quando o beneficiário da **UNIMED-BH** é atendido na área de atuação de outra Unimed, todas as regras que aquela aplica ao tratamento de dados, se aplicarão ao beneficiário desta operadora, sendo aquela **UNIMED, CONTROLADORA** desses dados, para todos os efeitos de direito e há trânsito eletrônico desses dados entre as componentes envolvidas no atendimento e Unimed do Brasil, quando cabível.

13.6. A recusa em relação a esse consentimento específico impossibilita o atendimento na rede indireta da **UNIMED-BH**, a saber, fora da área de abrangência da **UNIMED-BH**.

13.7. Assim os dados de identificação e de atendimento dos beneficiários, necessariamente, são recebidos e utilizados pela Unimed atuante naquela localidade onde se deu o atendimento e encaminhados para a **UNIMED-BH** e compartilhados com a **UNIMED DO BRASIL**.

CLÁUSULA QUATORZE – DAS PRERROGATIVAS DA UNIMED-BH

14.1. A **UNIMED-BH**, como operadora de planos de saúde, é uma gestora de um microssistema de saúde, no qual está inserido o presente contrato e cada um dos beneficiários aqui inscritos e, na execução do presente contrato, possui as seguintes garantias contratuais, cumpridos requisitos técnicos de sigilo e confidencialidade:

14.2. Realização de auditorias, nos termos do definido no presente instrumento;

14.3. Estudos de dados para averiguação de cumprimento de contratos, de normas, prevenção de fraudes, garantia à segurança, para melhoria dos serviços, avaliações de sinistralidade, para fins financeiros/econômicos, contábeis, fins epidemiológicos, tecnológicos, de saúde pública (em parceria com o setor público), atuariais, desenvolvimento de algoritmos;

14.4. Análise de dados para incremento de sua atividade;

14.5. Defesa de seus direitos em toda e qualquer instância;

14.6. Discussões sobre a utilização com o **CONTRATANTE**;

14.7. Defender sua marca, sua propriedade intelectual, seus segredos industriais e de negócio;

14.8. Desenvolvimento de mecanismos de cyber segurança;

14.9. Consultas a cadastros de inadimplentes e listagens públicas de apontamentos;

CLÁUSULA QUINZE – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

15.1. Aos atendimentos de urgência e emergência aplica-se a CONSU 13, que pode ser encontrada no site da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

CONCEITOS IMPORTANTES:

Considera-se atendimento de urgência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Considera-se atendimento de emergência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

15.2. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência e de cobertura parcial temporária (CPT) deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação:

15.2.1. Garantia de cobertura de urgência e emergência limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou em tempo menor, se houver necessidade de internação e leitos de alta tecnologia.

15.3. A **UNIMED-BH** deverá garantir a cobertura de remoção do beneficiário depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

15.3.1. À **UNIMED-BH** caberá:

- a) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos do beneficiário estiver cumprindo período de carência.
- b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP's.

15.4. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS ou nas unidades de saúde onde receberam os atendimentos das primeiras 12 (doze) horas, diferentes das opções disponibilizadas pela operadora, mas em caráter particular, a **UNIMED-BH** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

CLÁUSULA DEZESSEIS – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

16.2. O reembolso será calculado de acordo com a tabela de preços praticada com os prestadores de serviços na data do evento e ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial **ou indeferimento da solicitação:**

- a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, no qual constarão nome do paciente, código de identificação, 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 aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

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

CLÁUSULA DEZESSETE – DAS FAIXAS ETÁRIAS

17.1. 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.

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

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

17.3. 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".

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

17.5 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 DEZOITO – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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



valores de coparticipação decorrentes da utilização; multas, juros e correção monetária, quando for o caso. **Estas poderão ser cobradas em boletos distintos, a critério da UNIMED-BH.**

18.1.1. 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.

18.1.2. 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.

18.1.3. A taxa de inscrição será corrigida anualmente.

18.1.4. Essa taxa é devida pelo **CONTRATANTE** em relação a cada beneficiário inscrito no presente contrato.

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

18.2.1. A **UNIMED-BH** se obriga, para a execução deste contrato, demonstrar que as cobranças de mensalidades e de coparticipação (e de quaisquer outras cobranças contratuais referentes à utilização e/ou demonstrações de sinistralidade) correspondem ao efetivamente realizado pelos beneficiários vinculados ao plano de saúde contratado no período referência da exigência, correspondendo este dever ao direito da operadora de ser remunerada pelo serviço prestado, nos termos deste contrato.

18.2.2. Todos os relatórios de utilização emitidos pela **UNIMED-BH** ao **CONTRATANTE** se dão em razão da presente contratação, com base no direito do **CONTRATANTE** de gerir o contrato, conferir os valores pagos, elaborar programas de atenção à saúde, em especial os ocupacionais, conferir resultados financeiros do contrato para negociação de reajustes e preços e todos os demais, que lhe interessarem, sendo o **CONTRATANTE** responsável pelos dados e pelas decisões a seu respeito, nos termos da legislação pertinente, não cabendo responsabilidade à **UNIMED-BH** em razão das atividades perpetradas pelo **CONTRATANTE** a eles relacionados.

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

18.4. A fatura de mensalidade emitida pela **UNIMED-BH** será baseada na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo **CONTRATANTE** e contemplará as movimentações (inclusão e exclusão de beneficiários, módulos ou serviços adicionais/opcionais) vigentes no ato do fechamento de Cadastro (Período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações ocorridas e contempladas na fatura de referência). Movimentações com vigência posterior ao Fechamento de Cadastro serão contempladas em fatura posterior.

18.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até 5 (cinco) dias corridos antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **UNIMED-BH**, **especialmente na área exclusiva para empresa no site www.unimedbh.com.br**, para que não se sujeite as consequências da mora.

18.6. 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.

18.6.1 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.

18.7. 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.

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

18.9. O **CONTRATANTE** está ciente de que o faturamento dos atendimentos realizados (coparticipação e eventual custo operacional) poderão ser efetuados em até 240 (duzentos e quarenta) dias corridos da data de apresentação da conta pelo prestador de serviço, em virtude da utilização do Sistema Unimed, nos termos deste contrato.

18.9.1. 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.

18.10. 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 18.9. do presente contrato.

18.10.1 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.

18.10.2 Caso não sejam devolvidos cartões de identificação, conforme requerido neste contrato e haja utilização indevida por beneficiários inscritos ou haja beneficiário internado que não possa, por critério médico ou determinação judicial, ser transferido/removido, o **CONTRATANTE** se responsabiliza pelo pagamento dos valores que lhe forem faturados, em custo operacional relacionados a esses eventos, remetendo a **UNIMED-BH** as justificativas da cobrança.

18.11. 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 18.9. do presente contrato.

18.11.1. As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE** à **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.

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

CLÁUSULA DEZENOVE – DA COPARTICIPAÇÃO



19.1. 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.**

19.2. No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário correspondente, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o 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.

19.3. 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.**

19.3.1. Para verificar o valor da coparticipação a ser paga ou conferir o valor já pago, o **CONTRATANTE** pode acessar **a área exclusiva para empresa no site www.unimedbh.com.br**, lançar o nome do procedimento ou seu código TUSS, obtendo assim os valores respectivos. Pode, também, ligar para o telefone 4020-4020 e solicitar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

19.4. DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

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

19.4.1.1. 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.

19.4.1.2. 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.**

19.4.2. O **CONTRATANTE** está ciente que o faturamento dos atendimentos realizados (Coparticipação e Custo operacional) poderá ser efetuado em até 240 (duzentos e quarenta) dias corridos da data de apresentação da conta pelo prestador de serviço, em virtude da utilização do Sistema Unimed, nos termos deste contrato.

19.5. As coparticipações compõem as obrigações financeiras do contrato e seu inadimplemento sujeita o **CONTRATANTE** à resolução do contrato.

19.6. DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:

19.6.1. Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a uma política de 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, ou de isenção, a critério da **UNIMED-BH**, de acordo com o descrito na Proposta de Admissão:

19.6.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

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

CLÁUSULA VINTE – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

20.1. 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.

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

20.3. 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 VINTE E UM - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

SEÇÃO I – CONTRATOS COM MAIS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS:

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

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

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

21.2.2.1 Ainda que o Índice de Utilização seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento), mas ano anterior de vigência ocorrerem situações que alterem as condições objetivas da contratação (alteração significativa de perfil etário; alteração significativa de contingente do contrato, afetando a precificação inicial; alteração significativa e imprevista da variação dos custos médico-hospitalares e assemelhados) a **UNIMED-BH** poderá propor a **CONTRATANTE** percentual de reajuste diverso do IGP-M.

21.2.3. Na hipótese de o IGP-M acumulado for inferior a zero (negativo), o percentual de reajuste aplicável corresponderá a 0% (zero por cento) – não sendo aplicado, portanto, o índice negativo – logo não havendo qualquer alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do contrato.

21.3 Por se dar em modalidade de pré-pagamento, as partes acordam que o reajuste das coparticipações e mensalidades se dará no aniversário do contrato, com base no índice divulgado 1 (um) mês antes daquela, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação, sendo este o limite **mínimo** de percentual de reajuste a ser aplicado no contrato, ainda que as partes se utilizem do cálculo de IU – Índice de Utilização. Assim, resultando o cálculo de recomposição em índice menor do que o IGP-M, este será utilizado, em razão da perda inflacionária.

21.3.1. No primeiro reajuste das mensalidades, serão ignoradas as utilizações e as mensalidades pagas nos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado para fins de cálculo de

reajuste compreenderá do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do contrato, com aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato.

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

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

21.5 Caso o Índice de Utilização Apurado do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento), ajustam as partes que a recomposição de preço das mensalidades serão feitas com aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula descrita no item 21.5.2, a fim de, simultaneamente, satisfazer a função de recuperar as perdas inflacionárias e manter o equilíbrio econômico financeiro do contrato, cuja meta é 75% (setenta e cinco por cento) de Índice de Utilização. Se o resultado, conforme fórmulas abaixo, for de índice inferior ao IGP-M apurado, aplicar-se-á este sendo, portanto, um “limite mínimo” de reajuste:

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

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

21.5.2 Em seguida, calculado o IU (Índice de Utilização), passar-se-á ao cálculo do Percentual de recomposição, que quantifica o desequilíbrio econômico financeiro do contrato frente à meta estabelecida em 21.5:

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

21.5.3 Considerando o resultado obtido pelo cálculo acima e, levando-se em consideração que o indexador das coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos), estabelecidos na Proposta de Admissão é o IGP-M, ajusta-se que as mensalidades serão reajustadas observando-se o índice obtido através do resultado acima, sendo que o resultado do cálculo acima, a saber, o índice a ser aplicado, não poderá ser inferior ao IGP-M apurado, conforme definições deste contrato.

Legendas e definições das fórmulas:

RECEITA: Soma da receita, subtraídos seus redutores (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.

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

21.7. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral no mês de aniversário do contrato.

21.8. A **UNIMED-BH** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, cobrar o número mínimo de beneficiários necessários 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.



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

SEÇÃO II – AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COM ATÉ 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS

21.10. 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 até 99 (noventa e nove), 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 até 99 (noventa e nove) beneficiários.

21.10.1. 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 o mês de aniversário do presente contrato.

21.10.2. Nos termos da RN 309 da ANS, ou de norma que a substituta, será considerado um contrato agregado ao agrupamento de que trata esta cláusula aquele que possuir, no mês de aniversário do contrato, quantidade de beneficiários de até 99 (noventa e nove) na data prevista acima, ainda que ocorra variação da quantidade de beneficiários ao longo dos 12 (doze) meses posteriores à apuração.

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

21.11.1 Cálculo do Índice de Utilização:

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

Legendas e definições das fórmulas

IU: Índice de Utilização;

CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL: soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde;

OUTROS CUSTOS ASSISTENCIAIS: reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas da ANS, serviço de monitoramento a clientes;

RECEITA TOTAL: Faturamento com Assistência Médica (-) redutores da receita (-) Remuneração pela Gestão e Comercialização;

REDUTORES DA RECEITA: Receitas Canceladas, Créditos Concedidos, Movimentações de Exclusões de Beneficiários e Baixa de Títulos por Perdas;

INCLUSÃO DE ITEM - REMUNERAÇÃO PELA GESTÃO E COMERCIALIZAÇÃO: Remuneração repassada à intermediadores, nomeados pela contratante, para gestão e/ou comercialização do contrato junto à Unimed BH.

21.11.2 Cálculo do Reajuste do agrupamento:

$$(1 + \text{percentual de recomposição (\%)}) \times (1 + \text{reajuste da ANS para planos individuais}) - 1.$$

21.11.3. O percentual de recomposição acima é calculado conforme fórmula contida na Seção anterior, deste contrato.

21.12. Se o índice de utilização estiver abaixo de 75% (setenta e cinco por cento) será aplicado o reajuste determinado pela ANS para planos individuais.

22.12.1. Na hipótese acima, caso o percentual de reajuste divulgado pela ANS for inferior a zero (negativo), não haverá deflação, ou seja, não haverá alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do Contrato.

21.13. A operadora divulgará, em seu endereço eletrônico, até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado e a lista de contratos que compõem o agrupamento de com aniversário entre maio e abril do ano subsequente

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

CLÁUSULA VINTE E DOIS – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

22.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, não cabendo cobrança de taxas ou de qualquer outro valor para a renovação.

22.2. Considera-se como data do início de vigência, a data da assinatura do contrato, do primeiro pagamento ou a data acordada entre as Partes e contida na Proposta de Admissão ou termo apartado de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei 9.656/98.

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

CLÁUSULA VINTE E TRÊS – DA RESCISÃO DO CONTRATO

23.1. A **UNIMED-BH** poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, avisando o **CONTRATANTE** previamente (por meio de ata de visita, e-mail, carta, ligação gravada e outros meios) e permitida a purgação da mora, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

23.1.1. O contrato também poderá ser rescindido:

- a) pela **UNIMED-BH**, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
- b) pela **UNIMED-BH**, em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do **CONTRATANTE**;
- c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais;

23.1.1.1. O beneficiário pode ser excluído do contrato por fraude contra a **UNIMED-BH** ou na execução da presente prestação de serviços ou por perda da qualidade de beneficiário, nos termos do presente contrato.

23.2. Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

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

23.2.2. Se houver rescisão culposa dentro do prazo do período mínimo de vigência, aplicar-se-á à disposição contida nos itens acima.



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

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

(b) se quando da rescisão houver beneficiário internado que não possa ser removido ou transferido, os custos de internação permanecerão às expensas do **CONTRATANTE** e lhe serão faturadas em custo operacional;

23.3.1. Nos casos em que o **CONTRATANTE** for Empresário Individual, a rescisão imotivada do pacto somente poderá ser efetuada, pela **UNIMED-BH**, no mês de aniversário do contrato, com 60 (sessenta) dias de antecedência, ocasião pela qual a **UNIMED-BH** apresentará as razões da rescisão ao **CONTRATANTE**.

23.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, além das descritas no item anterior, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, inclusive aquelas referentes a procedimentos autorizados previamente à exclusão do beneficiário, mas não realizados até a referida data, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

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

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

CLÁUSULA VINTE E QUATRO – REGRAS ANTICORRUPÇÃO E CÓDIGO DE CONDUTA E RELACIONAMENTO

24.1. O **CONTRATANTE** 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 ("Legislação Anticorrupção"), comprometendo-se a abster-se de qualquer atividade fraudulenta que constitua violação à legislação vigente, garantindo ainda que:

(i) não praticará qualquer ação ou omissão que induza a **UNIMED-BH**, seus cooperados, diretores, profissionais em geral e prepostos a descumprir a Legislação Anticorrupção, zelando para que esta seja cumprida;

(ii) adota, e continuará adotando durante a vigência do presente contrato, programa de integridade e/ou políticas e procedimentos visando assegurar o cumprimento da Legislação Anticorrupção, divulgando e disponibilizando tais políticas e procedimentos, sempre que solicitado pela **UNIMED-BH**; e

(iii) informará expressamente aos seus profissionais, prepostos, prestadores de serviço e subcontratados que não serão admitidos pagamentos de subornos sob qualquer forma, direta ou indiretamente, bem como outras condutas que firam a Legislação Anticorrupção, em nome da **UNIMED-BH**, cooperados, diretores, empregados, colaboradores, profissionais em geral e prepostos bem como se compromete a reportar imediatamente à **UNIMED-BH** eventual suspeita da existência de tais circunstâncias.

24.2. Na execução deste Contrato, o **CONTRATANTE**, por qualquer de seus diretores, empregados, colaboradores, prepostos, agentes ou sócios agindo em seu nome, e por seus subfornecedores, não poderá, em qualquer 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 a Legislação Anticorrupção.

24.3. A UNIMED-BH tem como princípio em suas relações comerciais as premissas estipuladas em seu "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" que encontra-se disponível de forma atualizada no site https://acoesunimedbh.com.br/relacionamento_corporativo, tendo

o **CONTRATANTE** tomado conhecimento do inteiro teor deste, comprometendo-se a conduzir suas práticas comerciais de forma ética, impessoal, objetiva, íntegra e ainda, respeitar e exigir durante a consecução do presente Contrato 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 **CONTRATANTE** venha a manter contato para a execução do presente Contrato.

24.4. Mediante notificação prévia, poderá a **UNIMED-BH** solicitar que o **CONTRATANTE** comprove no prazo de até 10 (dez) dias corridos o cumprimento de boas práticas que visem a repudiar atos lesivos na condução de suas atividades relacionadas à **UNIMED-BH** sendo ilimitadamente responsável por qualquer infração que venha cometer relacionada à Legislação Anticorrupção e/ou ao "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", sem, contudo, por tal motivo, diminuir e/ou exonerar-se de suas responsabilidades perante a **UNIMED-BH**, terceiros e/ou autoridades competentes.

24.5. A CONTRATANTE compromete-se a cooperar com as autoridades competentes em casos de eventuais investigações e fiscalizações realizadas por órgãos, entidades ou agentes públicos.

24.6. Qualquer descumprimento por parte do **CONTRATANTE** e seus subfornecedores de qualquer Legislação Anticorrupção 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, o **CONTRATANTE**, responsável por indenizar a **UNIMED-BH** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando a **CONTRATADA** autorizada, desde já, a compensar o valor desse dano junto a qualquer valor que seja eventualmente devido à **CONTRATADA**.

CLÁUSULA VINTE E CINCO – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1. Na hipótese de comprovada indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto, serão aplicadas as disposições constantes da Resolução Normativa nº 259/11 ou a norma que a substitua.

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

25.3. As partes se comprometem a observar a legislação relativa ao sigilo médico, ciente o **CONTRATANTE** de que o prontuário médico pertence ao paciente e de que a requisição por terceiro somente será atendida nos casos legais, se autorizada pelo paciente ou determinada judicialmente.

25.4. A inserção de mensagens na nota fiscal/boleto de cobrança das mensalidades valerá como notificação do **CONTRATANTE**, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

25.5. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente. Por este motivo, qualquer alteração das normas que implique a necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará o **CONTRATANTE** a novo ajuste das condições.

25.6. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão do contrato ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever de o



CONTRATANTE pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo operacional, aferido por meio da **UNIMED-BH**, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

25.7. 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**.

25.8. A **UNIMED-BH** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como o de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste contrato, observado o disposto na Lei nº 9.656/1998 e demais legislações aplicáveis, desde que:

- a) substitua o prestador não hospitalar por outro equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvada as hipóteses legais;
- b) substitua a entidade hospitalar por outra equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - 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;
- c) nos casos de substituição de entidade 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 e pertencente à rede do presente contrato, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- d) na hipótese da substituição da entidade 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.

25.8.1. O disposto no item 25.8. "a" não se aplica à relação entre o cooperado e a **UNIMED-BH**, submetida ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764/1971 e aos profissionais de saúde com vínculo empregatício com a **UNIMED-BH**.

25.8.2. As substituições havidas na rede assistencial da UNIMED-BH ficarão disponíveis no site www.unimedbh.com.br e no Unidisk (SAC) 0800 030 3003.

25.9. Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de disposição legal ou deste contrato não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

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

25.11. 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 DO CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do **CONTRATANTE**, declaramos:

- a) Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.
- b) Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.
- c) Compreendemos os valores e suas tabelas indicativas, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão e aplicação da multa dentro do período mínimo de vigência e do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.
- d) Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.
- f) Estamos ciente que caso qualquer beneficiário incluído no presente contrato possua contrato de plano de saúde individual ou esteja em contingente de plano coletivo por adesão firmado junto a esta cooperativa, a inclusão dele neste contrato não acarretará a exclusão/rescisão daquele, devendo o beneficiário diligenciar junto a esta operadora se for interesse rescindir os outros



vínculos negociais e, conseqüentemente, não mais pagar as contraprestações que lhe correspondem.

g) Conseqüentemente comprometemo-nos a informar aos beneficiários sobre os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, carências, bem como eventuais alterações contratuais, inclusive os reajustes das contraprestações.

E por estarem assim justas e contratadas, refletindo o interesse comum capaz de atender as partes, assinam o presente documento, inclusive suas testemunhas, desde já aceitando e reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos, quando utilizada, como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões da ICP – Brasil, nos termos do artigo 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2/2001, em vigor no Brasil. O documento eletrônico poderá ser emitido em formato de documento portátil (“pdf”) ou qualquer outro meio destinado à preservar sua aparência gráfica digital e terá a mesma força e efeito da execução física, assinada em papel.

Belo Horizonte, 11 de abril de 2025.

Assinado por

Garibaldi Morloza Júnior

Assinado por

Maria das Neves Coutinho Freitas

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Representantes Legais

Assinado por

ANGELA PARREIRA DE OLIVEIRA BOTELHO

Assinado por

DIOGO TREVISANI LUSTOSA

CAIXA DE ASSISTENCIA DOS ADVOGADOS DE MINAS GERAIS
22.644.512/0001-23
Representantes Legais

TESTEMUNHAS:

Assinado por

PALLOMA SOUZA BRITO

Nome: **PALLOMA SOUZA BRITO**
CPF: 07441020654

Assinado por

MEYRIELLE MOURO LOPES

Nome: **MEYRIELLE MOURO LOPES**
CPF: 03990754610



REGULAMENTO DA PROTEÇÃO AOS DADOS PESSOAIS

1.1. O tratamento de dados e o seu compartilhamento com as entidades da rede (prestadores de serviços de assistência à saúde, sejam pessoas físicas ou jurídicas), Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com outras Unimed's componentes do **SISTEMA** (inclusive Unimed do Brasil) são imprescindíveis para a execução deste contrato, pelo que qualquer manifestação contrária do beneficiário, em relação a eles, inviabiliza a própria prestação de serviços.

1.1.1. A **UNIMED-BH** utilizará os dados produzidos na prestação de serviços de assistência à saúde ora contratada, além de, na execução do próprio contrato, para o desenvolvimento da própria atividade, para o seu fomento, inclusive o informacional, garantida a segurança que a lei concede a esses dados.

1.1.2. O **beneficiário** poderá exercer os direitos que lhe são conferidos, pela lei vigente, em relação aos seus dados, por meio dos seguintes canais:

- (i) área logada e segura denominada **espaço do cliente**;
- (ii) 4020 4020.

1.1.2.1. Em relação às atividades em que as Partes atuam como **CONTROLADOR DOS DADOS** pessoais, podem ser exercidos pelo titular os seguintes direitos, cada qual providenciando o canal adequado para tanto:

- (a) a confirmação da existência de tratamento;
- (b) acesso aos dados;
- (c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD – Lei 13.709/2018, **quando possível**;
- (e) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação vigente;
- (f) à eliminação, **quando possível**;
- (g) informação sobre o uso compartilhado de dados;
- (h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
- (i) revogação do consentimento, **desde já deixando-se consignado que a revogação de consentimento pode impossibilitar a própria prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o presente contrato.**

1.1.2.2. O direito de informação e acesso poderão ser fornecidos, a depender da requisição expressa do beneficiário:

- a) Em formato simplificado ou
- b) Em formato completo: declaração clara e completa, que indique a origem dos dados, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

1.1.2.3. As requisições acima serão atendidas, quando as solicitações forem efetuadas pelos canais corretos e comprovadas as capacidades previstas na lei:

- a) Imediatamente, para o formato previsto no item "a"; ou
- b) 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item "b".

1.1.2.4. A recusa ou impossibilidade de atendimento imediato da requisição serão devidamente fundamentadas sendo que, no caso de impossibilidade de atendimento imediato, a **UNIMED-BH** informará o beneficiário o prazo para retorno.

1.2. A **UNIMED-BH** é **CONTROLADORA DE DADOS** em relação às atividades abaixo listadas, sendo o rol abaixo exemplificativo, não exaustivo, sendo avaliado o caso concreto:

- (a) Recebimento dos dados pessoais para armazenamento nos sistemas do **CONTRATADO**, a fim de que seja possível a prestação de serviços;
- (b) Emissão do cartão de identificação;
- (c) Cadastramento do cartão nacional de saúde;
- (d) Auditoria, de qualquer tipo;
- (e) Recebimento, uso, análise, armazenamento, dos dados de eventos e procedimentos de saúde realizados pelo titular de dados na rede da **CONTRATADA**;



- (f) Coleta de dados de Declaração de Saúde e imputação de **Cobertura Parcial Temporária – CPT**;
- (g) Análise de carência;
- (h) Estudo de dados para eventual abertura de processo administrativo na **ANS em razão de dados da Declaração de Saúde**;
- (i) Atendimentos de demandas via remota (call center, chatbot, emails, telefone etc), com a possibilidade de compartilhamento de dados com **OPERADORES** contratados para esse tipo de serviço;
- (j) Para os procedimentos de autorização e negativa;
- (k) Execução de perícia e junta médica;
- (l) Elaboração de prontuário médico em sua rede própria;
- (m) Análises de segurança, prevenção de fraudes, segurança nos processos;
- (n) Identificação do titular de dados no acesso aos serviços ou em requisições junto à operadora;
- (o) Para fazer contatos telefônicos, envio de e-mails, carta, atendimento pessoal nas unidades de atendimento;
- (p) Recebimento, análise dos dados do ressarcimento ao SUS;

1.3. O CONTRATANTE é CONTROLADOR DE DADOS em relação às atividades abaixo listadas sendo o rol abaixo exemplificativo, não exaustivo:

- (a) Coleta de dados pessoais junto ao titular de dados para armazenamento e uso na qualidade de empregadora ou em relação às atividades de sócio e/ou administrador;
- (b) Interface com a **UNIMED-BH** em relação à execução do plano de saúde, solicitando providências e esclarecimentos relacionados a titular de dados que lhe sejam vinculados, nos termos deste contrato;
- (c) Remessa dos dados pessoais do titular de dados para a **UNIMED-BH**, a fim de possibilitar a execução do contrato de plano de saúde;
- (d) Coleta dos documentos comprobatórios da condição que permite a inclusão do titular dos dados no plano de saúde e remessa deles para a **UNIMED-BH**, conforme exigências contratuais aqui dispostas;
- (e) Controle e atualização dos dados pessoais dos beneficiários junto à **UNIMED-BH**;
- (f) Movimentação de beneficiários – encaminhamento via MME das solicitações de inclusão e exclusão de beneficiários;
- (g) Requisições da listagem de beneficiários ativos, incluídos no contrato;
- (i) Recebimento dos dados de execução do plano de saúde, para a satisfação das demandas dos titulares dos dados ou da **CONTRATANTE**, nesta posição, via email, via telefônica ou quaisquer outras definidas formal ou tacitamente pelas Partes;
- (j) Recebimento, uso, armazenamento, análise, reprodução e todo e qualquer tratamento dos relatórios relacionados à execução do contrato de plano de saúde, inclusive contendo dados financeiros, de sinistralidade, eventos e procedimentos, coparticipação, de ofensores, a depender do que deseja obter da **CONTRATADA**, segundo normas legais;
- (k) Remessa de dados a médico do trabalho, caso isso tenha sido acordado entre as Partes, com eventual uso, análise dos mesmos;
- (l) Análise de dados financeiros, de sinistralidade e outros, do plano para sua política interna de benefícios, cobrando os valores decorrentes desta diretamente do beneficiário, se for o caso;
- (m) Oferta do plano de inativos e emissão do termo de opção de permanência do titular de dados;
- (n) Contratação do plano exclusivo para inativos para essa massa de beneficiários, quando for o caso;
- (o) Análise de dados financeiros do plano exclusivo para inativos, quando for o caso;
- (p) Levantamento e análise de dados decorrentes de processos judiciais movidos contra as Partes, em conjunto ou separadamente, mas que se alguma forma impacte nos custos e execução do presente plano de saúde;
- (q) Recolhimento das carteiras de identificação dos beneficiários;
- (r) Se houver Comitê de Saúde relacionado ao contrato, presume-se que o **CONTRATANTE** tem os consentimentos necessários para acesso a dados, ainda que pelo médico do trabalho;

1.4. CONSENTIMENTO:

1.4.1. A maior parte das atividades que envolvem tratamento de dados, pela UNIMED-BH, encontra respaldo na legislação nacional vigente e na regulamentação das autarquias reguladoras, o que está sob constante revisão. Com a assinatura do presente contrato as



Partes devem diligenciar o enquadramento das atividades das quais seja CONTROLADOR, nas bases legais descritas na lei. Os consentimentos devem ser dados pelo beneficiário titular – em relação a si e seus dependentes menores de 12 (doze) anos - e imprescindível a coleta do consentimento de maiores de 12 (doze) anos.

1.4.1.1. O CONTRATANTE se compromete a atuar em colaboração com a UNIMED-BH para obtenção dos consentimentos que se façam necessários ao tratamento de dados envolvidos neste contrato.

1.6. FINALIDADES DO TRATAMENTO DE DADOS PELA UNIMED-BH

1.6.1. Os dados pessoais dos beneficiários são imprescindíveis para a prestação de serviços objeto deste contrato, por isso, a UNIMED-BH não pode prescindir deles. Isso tornaria impossível a prestação de serviços. Esse tratamento está vinculado às seguintes finalidades, as quais devem ser informadas, pelo CONTRATANTE, ao beneficiário:

- a. Para a própria contratação – como é uma relação estritamente contratual, em que o CONTRATANTE é o estipulante dos serviços que serão prestados aos titulares dos dados, a correta identificação destes é primordial para a prestação de serviços. Os dados são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH.
- b. No caso de contratos coletivos, para a comprovação de vínculo entre a pessoa jurídica contratante e o beneficiário e entre o beneficiário titular e os seus dependentes.
- c. Consulta e inclusão de dados em cadastros de restrição ao crédito, listas de impedidos e assemelhados;
- d. Preenchimento da Declaração de Saúde – o beneficiário, em algumas situações, tem de preencher a declaração de saúde informando as doenças e lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH.
- e. Análise de carência, Cobertura Parcial Temporária, Agravo, Reopção de Agravo - análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados.
- f. Viabilização do PEA – Plano de Extensão Assistencial, quando componente da contratação do plano de saúde.
- g. Termo de opção de permanência – em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria a empregadora ofertará a permanência em plano de saúde, exclusivamente para inativos ou não, por meio do termo de opção. As informações constantes nesse termo serão conferidas pela UNIMED-BH junto ao beneficiário e/ou ao contratante, presencialmente, por meio de ligação gravada ou outros.
- h. Perícia Médica – a UNIMED-BH pode requisitar que o beneficiário perpassse por perícia médica, onde serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos e ocasião na qual o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH.
- i. Biometria – o beneficiário se submeterá ao cadastramento da sua biometria e esta será conferida nos atos de atendimento, para sua segurança e da UNIMED-BH. Esta poderá, ainda, avaliar frequentemente os índices de correção do processo de coleta de biometria junto à rede prestadora, elaborando relatórios, gráficos e análises pertinentes à segurança e prevenção contra fraude.



- j. Para a emissão das carteiras de identificação – com a contratação do plano de saúde cada beneficiário receberá uma carteira do plano (física e/ou virtual), com um número de identificação específico, denominado CCO, que será um dos responsáveis por identifica-lo.
- k. Identificação do beneficiário – o beneficiário se identificará civilmente (por todo e qualquer documento que seja hábil para essa identificação) e por meio da carteira do plano de saúde, para fazer jus à prestação de serviços, quando de solicitações via telefônica, e-mail, chatbots, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela UNIMED-BH ou por terceiros por ela contratados, para sua segurança e do beneficiário.
- l. Elaboração do prontuário – as unidades e profissionais de saúde elaborarão prontuários médicos com os dados dos beneficiários e aquelas serão CONTROLADORES dos dados neles constantes.
- m. Análises de prontuários para investigação de eventos adversos, segurança do paciente, doenças de comunicação obrigatória, busca de leitos, aquisição de órteses/próteses e materiais especiais, monitoramento de epidemias/pandemias e dados epidemiológicos, análise sobre a prestação de serviços da rede prestadora, otimização de atendimento, conferência de conta, análise da TISS, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos.
- n. Visitas comerciais, assistência/programas de assistência à saúde – a depender do produto, serviço contratado, o beneficiário pode receber visitas, em seu endereço residencial informado no ato da contratação e/ou da solicitação.
- o. Contatos telefônicos, e-mails, carta, pessoalmente quando das unidades de atendimento – são canais regulares de comunicação dos setores (i) comerciais/marketing; (ii) atendimento ao cliente; (iii) médicos auditores; (iv) enfermeiros auditores; (v) ouvidoria; (vi) jurídico; (vii) atendimento administrativo em geral; (viii) financeiro e cobrança; (ix) pesquisa de satisfação do cliente. Em alguns casos, o contato pode ser feito por empresa terceirizada Operadora de dados.
- p. Acesso a dados para solução de demandas requeridas pelo próprio beneficiário ou pelo interlocutor da pessoa jurídica contratante, em seu nome, com compartilhamento com entidades da rede, seguradora e setores internos.
- q. Todos os dados necessários para os eventos de cobrança e pagamento das mensalidades e coparticipações do plano de saúde, assim como eventuais reembolsos, conforme processo aberto pelo beneficiário. A UNIMED-BH pode fazer estudos, relatórios, painéis informativos sobre toda a movimentação de receitas e despesas dos planos de saúde. Isso pode se dar, ainda, para pagamento de outras Unimed's, quando há uso de sua rede.
- r. Elaboração das contas pelos componentes da rede do plano de saúde (entidades, profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros), as quais são abertas, com discriminação de item a item, procedimento a procedimento, assim como o DRG (Diagnosis Related Group), os quais servem como forma de remuneração dos mencionados componentes da rede.
- s. Troca de Informações em saúde suplementar - São finalidades do Padrão TISS – Troca de Informações de Saúde Suplementar: I - padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas; II - subsidiar as ações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e III - compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
- t. Envio do SIB (Sistema de Informação de Beneficiários) à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, continente de dados pessoais do beneficiário.
- u. Auditoria de contas – isso permite que a UNIMED-BH verifique a regularidade do que foi prestado ao beneficiário, para efetuar os

- pagamentos à rede, como uma forma de zelar pelo cumprimento da lei e da saúde financeira dos planos de saúde.
- v. Auditoria médica e de enfermagem.
 - w. Preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos, sua análise/auditoria pré-autorização, armazenamento e estudos relacionados – as quais são remetidas para a UNIMED-BH, para verificação de conformidade contratual e/ou com o Rol da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas Diretrizes Clínicas e/ou Diretrizes de Utilização.
 - x. Laudos médicos e de outros profissionais da área de saúde, de exames e procedimentos – para subsidiar os processos de autorização e quaisquer outros necessários para a execução do contrato de plano de saúde.
 - y. Avaliações, estudos, análises, construção de indicadores, levantamento de custos, sinistralidade, eventos que sejam necessários para a realização da atividade empresarial da operadora de planos de saúde, pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, provisões técnicas e financeiras.
 - z. Para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados, além das obrigações perante o Sistema Unimed.
 - aa. Para a realização de auditorias de processos – essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, aprimoramento constante, nas áreas assistencial, de segurança, prevenção de fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança, segurança do paciente.
 - bb. Investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos para otimização dos serviços prestados objetos deste contrato.
 - cc. Processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, emissão dos competentes documentos de cobrança (boletos, extratos de utilização/relatórios de utilização) elaboração e confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios exigidos pelo CONTRATANTE do plano – pode haver compartilhamento de dados com gráficas e bancos (instituições financeiras), com remessa mínima de dados para alcançar o escopo da atividade.
 - dd. Para os serviços de remoção hospitalar, atenção domiciliar e outros oferecidos pela UNIMED-BH, os quais não se confundem com o plano de saúde, quando serão colhidos dados e alimentados sistemas eletrônicos, formulários, específicos para a prestação desse tipo de serviços e prontuários próprios, quando for o caso.
 - ee. Para uso em defesas administrativas, pré-administrativas, judiciais, respostas a ofícios, intimações, citações ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades, órgãos públicos.
 - ff. Para instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas e privadas, órgãos públicos.
 - gg. Alimentação de sistemas informatizados, aplicativos com resultados de exames, laudos, dados de saúde e todas as demais movimentações, solicitações, relacionadas ao contrato de plano de saúde.
 - hh. No caso de contratação de produtos de saúde ocupacional - a UNIMED-BH realizará os programas determinados pelas regulamentações do Ministério do Trabalho, emitindo os documentos a eles relacionados, o que será compartilhado com a contratante dos serviços, mas também armazenados por esta.
 - ii. Avaliação técnica de solicitações e procedimentos realizados para oferta de programas e serviços específicos, segundo interesses do beneficiário, avaliação de satisfação do beneficiário.
 - jj. Avaliação de satisfação do beneficiário participantes de programas, serviços de assistência à saúde, pela própria UNIMED-BH ou por terceiro contratado.
 - kk. Assinatura de termos de consentimento informado, seu armazenamento e compartilhamento com órgãos públicos quando for o caso.
 - ll. Agendamento de consultas, controle e eventual contato para confirmação ou cancelamento, estudos relacionais a absenteísmo, frequência em serviços de urgência e emergência, uso de serviços de tele saúde, de



determinada especialidade, de geolocalização e outros, com o mesmo viés;

mm. Realizar cuidados em saúde; Monitorar planos terapêuticos e ou de cuidado; recebimento, análise e estudos de dados recebidos por meio de vestíveis eletrônicos ou monitoramento remoto;

nn. Estudos de preço e de mercado;

oo. Elaboração, aplicação, construção de sites, aplicativos, programas;

CLÁUSULA DE SIGILO E SEGURANÇA DE DADOS

2.1. As Partes deverão manter sigilo em relação os dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

2.2. As Partes se comprometem, como **CONTROLADORES** de dados pessoais, a manter em sigilo os dados dos beneficiários compartilhados em razão do presente contrato, nos termos da legislação vigente.

2.3. O **CONTRATANTE** e a **UNIMED-BH** expressamente se comprometem a tratar os dados sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o beneficiário em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 ("LGPD").

2.4. As Partes devem adotar as melhores técnicas, processos, controles de acesso, treinamentos, campanhas educativas e quaisquer outras, a fim de evitar violação do sigilo dos dados de que trata a presente cláusula, arcando com os prejuízos a que der causa em razão de ações ou omissões quanto às obrigações contidas na Lei nº 13.709/2018 ("LGPD").

2.5. O **CONTRATANTE** deve possibilitar, assim como a **UNIMED-BH**, o exercício dos direitos do titular dos dados, conforme legislação brasileira vigente sobre o tema.

2.6. Qualquer ocorrência de violação do sigilo dos dados deve ser imediatamente comunicada à contraparte contratual, sendo que todas as apurações e medidas de contenção devem ser tomadas, de forma imediata, a fim de minimizar danos, assim como todas aquelas especificadas na legislação competente acerca da matéria.

2.7. Cada uma das Partes contratuais é responsável pelos atos de seus operadores.

DA RESPONSABILIDADE E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, cada **PARTE** será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e do vazamento ou perda dos dados pessoais relativos aos tratamentos de sua responsabilidade e considerando-se, ainda, sua classificação em **CONTROLADOR** ou **OPERADOR** em determinada atividade.

3.2. Cada **PARTE**, quando exercendo papel de **CONTROLADOR**, será responsável pelo cumprimento dos requisitos legais da base legal, exercício do direito do titular e demais ônus que a regulamentação atribua aos **CONTROLADORES** de dados pessoais.

3.3. Perante o titular dos dados, a responsabilidade das contraentes pode ser solidária, nos

termos de lei, mas contratualmente, a responsabilidade será imputada em conformidade com a ação e omissão culposa de cada uma das partes, devidamente apuradas, sendo que aquela que infringir os termos da legislação vigente e do presente, ficará obrigada a ressarcir a outra parte, na mesma medida dos danos.

3.4. Caso as **PARTES** sejam demandadas por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da **OUTRA PARTE** fica garantido o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil – conforme a classificação adotada no presente e apuração de responsabilidade quanto ao incidente.

3.5. As **PARTES** disponibilizarão toda a documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste contrato ou na legislação de proteção de dados aplicável, sendo facultado à realização de auditorias, mediante a contratação de empresa terceira ou não, em período previamente combinado entre as partes. Fica garantido as **PARTES** o direito à realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas da Empresa, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

3.6. As **PARTES** implementarão e manterão medidas técnicas e organizacionais apropriadas para a proteção da segurança (incluindo proteção contra Processamento não autorizado ou ilegal e contra destruição acidental ou ilegal, perda ou alteração ou dano, divulgação não autorizada ou acesso a Dados Pessoais), da confidencialidade e da integridade dos dados pessoais.

3.7. Mediante solicitação da contraparte o acionado fornecerá evidências da eficácia das medidas técnicas e organizacionais através de (i) certificados atuais de auditor, relatórios ou trechos de relatórios fornecidos por órgãos independentes (por exemplo, auditor, Diretor de Proteção de Dados, departamento de segurança de TI, auditor de privacidade de dados, auditor de qualidade), ou (ii) uma certificação adequada de segurança de TI ou auditoria de proteção de dados.

3.8. As **PARTES** se comprometem a tratar os dados pessoais relacionados ao objeto do Contrato somente nos estritos limites aqui previstos. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos neste Contrato, as **PARTES** deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

