



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
 CGC: 16.513.178/0001-76
 Produto: Unimax Estadual Adesão Com Patrocinador Apartamento
 N° de registro na ANS: 34.388-9
 N° de registro do produto: 459.826/09-1
 Site: <http://www.unimedbh.com.br>
 Tel.: 08000 30 30 03
 Proposta:

Guia de Leitura Contratual

Página do Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: refeência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	08
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	08
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	13
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	20
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.	22
DOENÇAS E LESÕES PREEEXISTENTES - (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.	23



Emerson Pinto Queiroz
 Gestor de Relacionamento com Cliente Corporativo

Júlio de Freitas Medina
 Advogado do Departamento Jurídico
 CAA/MG - OAB/MG-109.509

Sílvia de Carvalho Vilarino
 Superintendência Comercial e de Marketing
 Unimed-BH

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.	12 22 33 39
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	35
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	36
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.	33
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	X

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

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



Ministério da Saúde



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

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

Handwritten signature



Handwritten signature

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

Unimax Estadual Adesão com Patrocinador Apartamento

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão com patrocinador

Área de Atuação: Estadual – Minas Gerais

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

Pagamento: Pré-pagamento com cobrança de coparticipação psiquiátrica

Rede: Ampla Unimed-BH

Registro na ANS: 459.826/09-1

Contrato Número:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação psiquiátrica**, aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE**, para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

1.2. É parte integrante deste contrato a Proposta de Admissão de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes e o Anexo I disponível no site www.unimedbh.com.br.

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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

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

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

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta) do presente.

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

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

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

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

COPARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE** deve compartilhar com a operadora a cada evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de Admissão.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico assistente, que avalia as condições clínicas do beneficiário



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.600

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

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, conforme definido da regulamentação competente editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, qualificada na Proposta de Admissão, documento anexo deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para as pessoas que com ela mantém vínculo profissional, classista ou setorial.

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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 é atualizada periodicamente, conforme modificação da rede.

HOSPITAL-DIA: é aquele próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e, tão somente neles, aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

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

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica.

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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.

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

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

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

MENSALIDADE: cada um dos pagamentos efetuados pelo **CONTRATANTE** para custeio do plano de assistência à saúde.

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

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

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

PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado e seus complementares entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

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

PROPONENTE: que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato, na qual o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais do produto que está adquirindo.

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

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

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

TERAPIAS: são procedimentos médicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **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, Ibitaré, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimedbh.com.br.

3.1.1. Fora da área de abrangência acima, os serviços ora contratados serão prestados pelo Sistema Unimed, dentro do Estado de Minas Gerais, de acordo com:

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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

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

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

3.3.1. A UNIMED-BH poderá a qualquer momento promover inclusões e exclusões no item anterior comunicando o **CONTRATANTE**.

3.3.2. A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed estará a disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto ao portal da UNIMED BH - www.unimedbh.com.br, no Guia Médico.

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

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

I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.

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

a) Cônjuge;

b) filho natural, filho adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos de idade;



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAAMG - OAB/MG 109.509

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.

f) pai, mãe, sogro (a), irmão (a), neto (a), sobrinho (a).

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

4.4. É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

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

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

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

4.4.2.1. se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao filho adotivo menor de 12 anos seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;

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

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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



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

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

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

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

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

5.4. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção poderá ser excluído do contrato, quando:

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

contrato;



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.600

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

5.5. A **CONTRATANTE** também poderá excluir o beneficiário de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias, quando nos termos da regulamentação da ANS, houver faturamento diretamente para os beneficiários do presente plano de saúde.

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

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

6.3. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após a comunicação de sua perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro dos prazos previstos nas movimentações, sejam elas em papel ou meio eletrônico, feita pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a sua utilização indevida por terceiros.



CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO CONTRATADO

7.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a modalidade de **contratação coletivo por adesão, com coparticipação psiquiátrica**, e que tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial, com a previsão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional relativa à empresa contratante nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde e deste contrato.

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

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

7.4. O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica, sempre nos limites do rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CLÁUSULA OITAVA- DAS COBERTURAS

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

8.2. Cobertura Ambulatorial: E a que abrange atendimentos realizados em consultórios ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH e conforme o guia médico do plano contratado**, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a seguinte abrangência:

8.2.1 cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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 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 e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, 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):

a) hemodiálise e diálise peritonial - 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,



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

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

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

e) hemoterapia ambulatorial;

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

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

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

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

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

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

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



hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

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

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

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

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

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

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

8.3.7 a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);

8.3.8 cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 (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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente).

8.3.12.1 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.

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

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

8.3.13 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 enfermaria 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 a cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo;

I. as despesas assistenciais com doadores vivos;

II. os medicamentos utilizados durante a internação;



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

III. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

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

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

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

8.4.1 cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra indicação do médico assistente, ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

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

8.4.3 opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção e desde que a mãe ou pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta dias) dias de carência. (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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

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



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

[Handwritten mark]

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

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

a) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;

b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;

d) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;

e) cirurgias para mudança de sexo;

f) atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

g) aplicação de vacinas preventivas;

h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;

i) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;

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

k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza, ficando claro que a mamoplastia para estes fins não está assegurada;

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica (exceto se previsto nas Diretrizes da Agência Nacional de Saúde), necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- z) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- aa) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação do acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contra-indicação do médico assistente;
- ab) produtos de toalete e higiene pessoal;
- ac) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto não cobertos pelo Rol ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;



- ad) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
- ae) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.
- af) exames médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CARÊNCIAS

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

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias;	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300 (trezentos) dias

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

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

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

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



S

N

[Handwritten signature]

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

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

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

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

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

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

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



Handwritten signatures in blue ink.

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

Handwritten initials 'S' and 'R' in blue ink.

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

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

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

11.11. Caso a **UNIMED-BH** não ofereça a CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de CPT.

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

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

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

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

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

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



Júnio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

11.18. A **UNIMED-BH** poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.

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

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

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

11.22. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

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

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

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

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



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

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

12.1.2 Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **UNIMED-BH** providenciará: a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento; ou

b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para qual o beneficiário requereu o atendimento.

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

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

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

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

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

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

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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

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

12.8. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar, excluindo-se as internações que necessitem de prorrogação ou os casos de intercorrência.

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

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

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

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

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

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

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



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

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

13.3. Serão garantidas as seguintes coberturas:

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

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

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

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

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

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

5 - atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que



resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

6 - atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

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

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

c) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

14.2. O reembolso será calculado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados da UNIMED-BH, vigente à data do evento, entregue ao CONTRATANTE. Ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

b) relatório do médico assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando



M

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

S

[Handwritten mark]

for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA- DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-BH**, em pré-pagamento, por meio de emissão de fatura, o valor da mensalidade correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares ou dependentes, inscritos neste contrato, constantes na Proposta de Admissão, bem como taxa de inscrição, e eventuais valores de coparticipação psiquiátricas, que poderão ser cobradas em faturas distintas.

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

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

16.4. As faturas emitidas pela **UNIMED-BH** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no ato do fechamento de Cadastro, ou seja, período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações (inclusões ou exclusões de titulares, dependentes ou módulos) ocorridas e contempladas na fatura de referência.

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

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



Handwritten signatures in blue ink.

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

Handwritten marks and signatures on the right margin.

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

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

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

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

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

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

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



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA COPARTICIPAÇÃO PSQUIATRICAS

17.1. Estão discriminados na Proposta de Admissão os valores e os percentuais de coparticipação financeira do **CONTRATANTE** nas despesas referentes a:

a) internação psiquiátrica.

Parágrafo único: Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através dos valores de prestação de serviços acordados com o prestador onde se der a internação.

17.2. Por conta dos valores apurados na co-participação, será emitida fatura contra o **CONTRATANTE**, com vencimento dia 15 (quinze) de cada mês.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

19.1. Nos termos da lei, o contrato será reajustado anualmente pelo INP-C (Índice Nacional de Preço ao Consumidor), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou em índice superior ou inferior, por negociação entre as partes caso haja desequilíbrio econômico-financeiro.

19.2. As partes acordam que para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, o reajuste será feito tendo como objetivo **Índice de Utilização*** global médio máximo de 75% para a próxima data base do contrato, tomando-se como base o resultado médio dos contratos dos últimos doze meses (período apurado de outubro do ano anterior a setembro do ano corrente) e também levando-se em consideração os eventuais incrementos de custos já conhecidos para o próximo exercício.

19.2.1. Este percentual deverá ser calculado com base no aumento comprovado dos custos dos serviços contratados pela Unimed-BH, bem como na



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

projeção da variação dos custos médicos hospitalares (VCMH) divulgados anualmente pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), ou outro índice de projeção devidamente qualificado e aceito pelas partes.

***Índice de Utilização:** indicador que denota o percentual da receita auferida no período de referência, que está comprometido com o pagamento do custo assistencial total.

IU = Índice de Utilização

IU = Custo Assistencial Total

Receita Total

Custo assistencial total = Soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde.

Outros Custos Assistenciais = Reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas da ANS, serviço de monitoramento a clientes.

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

Redutores da Receita = receitas canceladas e descontos concedidos.

19.3. Deixam as partes aqui consignadas a informação de que, não constituindo a assinatura dos contratos de planos de saúde, nova contratação, mas formalização de relações jurídicas que já haviam sido encetadas, a data base de reajuste de todos os contratos de plano de saúde firmados entre as partes será em 1º de janeiro de cada ano.

19.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data base de reajuste contratual.

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

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

19.7. Anualmente, conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no mês do aniversário do contrato, a **UNIMED-BH** verificará o número de beneficiários que compõe a massa do presente contrato e se esse for inferior a 30 (trinta), obrigatoriamente, o reajuste a ser aplicado sobre mensalidade e coparticipação será o



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

descrito nesta seção, que será aplicado para toda a carteira de contratos de planos de saúde da operadora que tenham menos de 30 (trinta) beneficiários.

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

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

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

19.8. 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 fórmula contida no item 18.3.2 -, 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 seguinte fórmula:

Reajuste do agrupamento:

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

19.8.1. Se o índice de utilização estiver abaixo de 75%, será aplicado o reajuste determinado pela ANS para planos individuais.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir do 10º



(décimo) mês de vigência, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor para a renovação.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

O contrato também poderá ser cancelado:

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

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

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

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

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

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

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



UNIMED-BH;

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários, exceto novo cônjuge e filhos, em conformidade com este contrato.

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – BENEFÍCIOS ESPECIAIS

22.1. Seguro por morte acidental ou morte natural: Aos usuários titulares inscritos, desde de que em perfeito estado de saúde quando da sua inscrição, será assegurada cobertura por sua morte natural ou acidental, obedecendo as seguintes condições:

22.1.1. Pagamento em dia das mensalidades.

22.1.2. Carência de 30 (trinta) dias contados da data de sua inscrição.

22.1.3. Para fazer jus ao seguro, os dependentes do titular falecido deverão apresentar a **UNIMED-BH**:

a) certidão de óbito,

b) certidão de casamento do cônjuge supérstite, assumido, na falta de designação de outro, como beneficiário;

c) na falta do cônjuge, certidão de nascimento dos filhos, ou outros documentos aptos a demonstrar a ordem de preferência na sucessão, de acordo com legislação pertinente.

22.1.4. O atraso nos pagamentos das mensalidades implicará na suspensão da cobertura prevista no item 8.1 – desta cláusula, enquanto perdurar a inadimplência.

22.1.4.1. O atraso superior a 90 (dias) no pagamento das mensalidades implicará no cancelamento da cobertura prevista no item 22.1 desta cláusula.

22.1.5. O valor assegurado é de R\$ 2.305,41 (Dois mil e trezentos e cinco reais e quarenta e um centavos) por morte natural e R\$ 4.610,82 (Quatro mil e seiscentos e dez reais e oitenta e dois centavos) por morte acidental, valores que serão corrigidos a



Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAÁ/MG - OAB/MG 109.509

partir desta data seguindo a avaliação da TR (Taxa de Referência) ou outro índice a ser indicado pelo Governo Federal para o mercado segurador.

22.1.6. O presente seguro será coberto pela **UNIMED SEGURADORA S/A**, com sede na cidade de São Paulo – SP, representada pela **UNIMED-BH**, obedecidas as normas da apólice geral pactuada entre a última e a primeira.

22.2. Plano de Extensão Assistencial – PEA:

22.2.1. Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito a mais de 06 (seis) meses, a mais de 6 meses, os usuários dependentes terão direito aos serviços previstos no Plano Contratado da UNIMED-BH onde foram cadastrados, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades.

22.2.1.1. Consideram-se dependentes, aptos a participar do PEA, segundo regulamento próprio:

- a) cônjuge;
- b) filhos solteiros até 18 anos;
- c) filhas solteiras até 21 anos;
- d) filhos e filhas, solteiros, até 24 anos, cursando universidade;
- e) equiparados aos filhos e filhas:
 - e1) o enteado;
 - e2) o menor cuja guarda seja determinada por decisão judicial;
 - e3) o menor tutelado;
- f) a companheira em convívio superior a 5 (cinco) anos e/ou com filhos em comum, vedada sua concorrência com a esposa, ressalvada nesta vedação a decisão judicial;
- g) pai e/ou mãe dependentes economicamente, assim considerados nos termos da legislação do imposto de renda ou da previdência social.

22.2.1.2. O direito ao PEA também é conferido ao nascituro considerado filho do usuário falecido, nos termos da legislação civil, que será inscrito na forma deste contrato.

22.2.2. Perderá imediatamente o direito ao benefício estabelecido em 22.2.1 desta cláusula o dependente que, no curso dos 5 (cinco) anos, vier a perder sua condição de dependência, segundo o que dispõe e limita o item 22.2.1.1 desta cláusula.

22.2.3. Os benefícios previstos nesta cláusula ficam condicionados a apresentação, pelos usuários dependentes, do Atestado e Certidão de Óbito do usuário titular, além dos documentos que se fizerem necessários à comprovação de dependência, na forma do item 22.2.1.1 desta cláusula.

22.2.4. Os usuários dependentes que não apresentarem os documentos exigidos na forma do item anterior ficam impedidos de gozar os benefícios da Extensão



Assistencial, ainda que tivessem direito aos serviços deste contrato, quando vivo o usuário titular.

22.2.5. O cartão de identificação do usuário titular, no caso de seu falecimento, será substituído pela identificação pessoal da Extensão Assistencial.

22.2.6. O direito pela Extensão Assistencial (PEA), aos dependentes do usuário titular falecido, prevalecerá no local onde estes residem ou onde venha a fixar residência, desde que situados na área de ação de qualquer Unimed pertencente ao Sistema Nacional Unimed.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

23.6. A **UNIMED-BH** reserva-se o direito de exigir perícia médica nos casos de internações ou de outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse por intermédio de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, este escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados e cuja remuneração ficará a cargo da **UNIMED-BH**;

23.7. À **UNIMED-BH** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observados os trâmites legais, conforme art. 17, da Lei 9.656/98, desde que:



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

[Handwritten mark]

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

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

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

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

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

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

23.11. Integram este contrato, para todos os fins de direito, todas as informações atualizadas sobre produto e rede credenciada podem ser buscadas no site da **UNIMED-BH** (www.unimedbh.com.br).

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

23.13. Fica eleito o foro de Belo Horizonte/MG para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



Júnio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do CONTRATANTE, declaramos:

a) Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.

b) Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.

c) Compreendemos os valores e suas tabelas indicativas, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão e aplicação da multa dentro do período mínimo de vigência e do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

d) Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.

e) Estamos cientes de que empresas que contratam cooperativas de trabalho médico na área de saúde são responsáveis pelo recolhimento do INSS, conforme Lei 9.876/99.

f) Estamos ciente que, caso haja plano vigente com a UNIMED-BH por qualquer beneficiário em data anterior a esta, o cancelamento deverá ser feito diretamente na UNIMED-BH pelo responsável legal do contrato anterior.

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

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

Belo Horizonte, 20 de Janeiro de 2016.

Samuel Flam
Samuel Flam

Luis Fernando Neves Ribeiro
Luis Fernando Neves Ribeiro

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Samuel Flam
Diretor Presidente

Luis Fernando Neves Ribeiro
Diretor Comercial

Sérgio Munilo Diniz Braga
Sérgio Munilo Diniz Braga
Presidente da CAA/IMG

[Nome do Contratante]

TESTEMUNHAS:

Daiane Zeferino Soares
Daiane Zeferino Soares
Analista de Relacionamento e Negócios

Gilberto Lannes Rossmel
Nome: GILBERTO LANNES ROSSMEL
CPF: 817-514.786-53


Daiane Zeferino Soares
Nome: Daiane Zeferino Soares
CPF: 088-780.71089



Júnio de Freitas Medina
Júnio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/IMG - OAB/MG 109.509

ANEXO II - Lista de Hospitais e Serviços de Tabela Própria e/ou de Alto Custo

Unimed Contratante	Prestador	CNPJ	Município	UF	Endereço	Número	Complemento	Bairro	CEP
UNIMED GUARULHOS	DELBONI & A - D D A S/A	61.486.650/0056-57	Guarulhos	SP	AVENIDA PAULO FACCIANI	109		CENTRO	07111-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0080-87	São Paulo	SP	RUA ITAPEVA	500	6 AND.	BELA VISTA	01332-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0015-89	São Paulo	SP	RUA SERRA DE BRAGANGA	1130		TATUAPE	03318-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0005-07	São Paulo	SP	AV. VER. JOSE DINIZ	3687		CAMPO BELO	04603-003
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0010-74	São Paulo	SP	RUA ESCOBAR ORTIZ	718		V. NOVA CONCEICAO	04512-052
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0013-17	São Paulo	SP	AV. BRAZ LEME	1315		SANTANA	02511-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0014-06	São Paulo	SP	RUA BRIG. GAVIAO PEIXOTO	360		LAPA	05078-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0001-83	Barueri	SP	AV. JURUA	434		ALPHAVILLE	06455-010
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0016-60	Osasco	SP	RUA GAL. BITENCOURT	255		CENTRO	06016-040
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0063-86	São Paulo	SP	AV. SUMARE	1500		PERDIZES	05016-110
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0020-46	São Paulo	SP	AV. RICARDO JAFET	1550		IPIRANGA	04260-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0034-41	São Paulo	SP	AV. GIOVANNI GRONCHI	5695		VL ANDRADE	05724-003
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0006-98	São Paulo	SP	R. LIBERO BADARO	451		CENTRO	01008-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0052-23	Cotia	SP	RODOVIA RAPOSO TAVARES KM	23		GRANJA VIANNA	06709-015
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0081-68	São Paulo	SP	R. CAPEPUXIS	429		VL MADALENA	05452-030
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0076-09	São Paulo	SP	R. AUGUSTA	1828		C CESAR	01412-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0156-10	São Paulo	SP	AV. PAES DE BARROS	663	667	PRQ MOOCA	03149-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0167-72	São Paulo	SP	AV. WASHINGTON LUIZ	2530		S AMARO	04662-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0187-16	São Paulo	SP	RUA DOUTOR DIOGO DE FARIA	1379		VILA CLEMENTINO	04037-005
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0233-96	São Paulo	SP	RUA JOAO CACHOEIRA	743	745	VILA NOVA CONCEICAO	04535-012
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0190-11	São Paulo	SP	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA	4043		SANTANA	02010-200
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0213-42	São Paulo	SP	AVENIDA LUIZ DUMONT VILLARES	514		JARDIM SAO PAULO	02085-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	61.486.650/0620-22	São Paulo	SP	AVENIDA BRASIL	762		JARDIM AMERICA	01430-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	RADIOLOGIA ANCHIETA LTDA	02.572.550/0001-00	Brasília	DF	ESPECIAL SETOR C NORTE	00005N	8910 MOD 345 1A	Taguatinga Norte (Taguatinga)	72115-700


 Júnio de Freitas Medina
 Advogado do Departamento Jurídico
 CAA/IMG - OAB/MG 109.509

CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA RADIOLOGIA VILA RICA SS LTDA	00.508.572/0001-86	Brasília	DF	SHLS SN BLOCO L	0000sn	716 w423 1subso	Asa Sul	70390-907
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO DE PATOLOGIA DO MARANHAO LIMITADA	11.034.824/0001-07	São Luís	MA	do Passeio	000593		Centro	65015-370
CENTRAL NACIONAL UNIMED	OTO CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E ORTOPEdia LTDA	07.829.258/0001-44	Brasília	DF	QSE AREAS ESPECIAIS 1 A 3 E 14	0000SN	DEP 17 CORREDOR	Taguatinga Sul (Taguatinga)	72025-001
CENTRAL NACIONAL UNIMED	OTO CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E ORTOPEdia LTDA	07.829.258/0003-06	Brasília	DF	QNN 28 Area Especial C	0000SN	BL B SALA 221	Ceilândia Sul (Ceilândia)	72220-283
CENTRAL NACIONAL UNIMED	BIOFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	06.039.768/0001-55	Salvador	BA	LEONI RAMOS	000079	TERREO	Barra	40140-170
CENTRAL NACIONAL UNIMED	COTTA CENTRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE TAGUATINGA LTDA	04.868.115/0001-53	Brasília	DF	ESPECIAL SETOR C NORTE	000010	LOJA 1	Taguatinga Norte (Taguatinga)	72115-700
CENTRAL NACIONAL UNIMED	INSTITUTO DO SONO DA ASA NORTE LTDA	12.273.890/0001-94	Brasília	DF	STN BLOCO N	0000SN	SL 340 E 343	Asa Norte	70770-913
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LA FEMME GINECOLOGIA DE EXCELENCIA LTDA	10.274.528/0001-02	Brasília	DF	QNC 11	0000SN	LT 05 1 AND SL	Taguatinga Norte (Taguatinga)	72115-610
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLIMEGO CLINICA MEDICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA	04.258.512/0001-03	Brasília	DF	SEUPS ENTQD 714914 CONJ C	000030	SALA 306	Asa Sul	70390-145
CENTRAL NACIONAL UNIMED	IGT INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE TAGUATINGA LTDA	08.437.977/0001-82	Brasília	DF	QNC 8 AREA ESPECIAL 08 09 E 10 SALA 804	0000SN	CENTRO DE EXCEL	Taguatinga Norte (Taguatinga)	72115-580
CENTRAL NACIONAL UNIMED	UCI UNIDADE DE CARDIOLOGIA INTEGRADA LTDA EPP	18.000.366/0001-26	Brasília	DF	SGAS 915 QUADRA 915 CONJUNTO N SALA	000258	PAV 332E E 334	Asa Sul	70390-150
UNIMED LESTE FLUMINENSE	Impar Serviços Hospitalares Ltda.	60.884.855/0012-07	Niterói	RJ	LA SALLE	12		CENTRO	24020-090
UNIMED RECIFE	Hospitais Assoc. De Pernambuco Ltda (H. Sta Joana)	10.839.561/0001-32	Recife	PE	JOAQUIM NABUCO	200		GRAÇAS	52011-000
UNIMED RECIFE	Centro Hospitalar Albert Sabin	09.866.294/0001-03	Recife	PE	SENADOR JOSE HENRIQUE	141		ILHA DO LEITE	50070-460
UNIMED RECIFE	Hospital Esperança	02.284.062/0001-06	Recife	PE	ANTONIO GOMES DE FREITAS	265		ILHA DO LEITE	50070-480
UNIMED RECIFE	Hospital Jayme Da Fonte	11.452.240/0001-43	Recife	PE	DAS PERNAMBUCANAS	167	N 103 A 167 E 207	GRACAS	52011-010
UNIMED RECIFE	Real Hospital Portugues	10.892.164/0001-24	Recife	PE	PORTUGUAL	163		PAISSANDU	52010-010

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

UNIMED RECIFE	Hospital Memorial Sao Jose Ltda	70.237.144/0001-41	Recife	PE	AGAMENOM MAGALHAES	2291		BOA VISTA	52020-000
UNIMED RECIFE	Hospital Unimed Recife III - R José De Alencar	11.214.624/0019-57	Recife	PE	JOSE DE ALENCAR	770		BOA VISTA	50070-030
UNIMED RIO	DH - DAY HOSPITAL LTDA	00.173.618/0001-53	Rio de Janeiro	RJ	AV DAS AMERICAS	4666	GR: 316, 317 E 318	Barra da Tijuca	22640-102
UNIMED RIO	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	60.922.168/0003-48	Rio de Janeiro	RJ	R MACEDO SOBRINHO	21		Humaitá	22271-080
UNIMED RIO	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	28.602.407/0001-08	Rio de Janeiro	RJ	AV LINEU DE PAULA MACHADO	64		Jardim Botânico	22470-040
UNIMED RIO	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	31.635.857/0001-01	Rio de Janeiro	RJ	R JOAO BORGES	204	PARTE	Gávea	22451-100
UNIMED RIO	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	32.154.700/0001-27	Rio de Janeiro	RJ	AV CANDIDO PORTINARI	555		Barra da Tijuca	22793-312
UNIMED RIO	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	33.722.224/0001-66	Rio de Janeiro	RJ	R LUCIO DE MENDONCA	56		Maracanã	20270-040
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	33.964.776/0001-80	Rio de Janeiro	RJ	R ALMIRANTE ALEXANDRINO	1342	1354 E 1368	Santa Teresa	20241-260
UNIMED RIO	CLINICA DA GAVEA S A	33.501.214/0001-09	Rio de Janeiro	RJ	EST DA GAVEA	151		Gávea	22451-262
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33.419.482/0002-59	Rio de Janeiro	RJ	AV EMBAIXADOR ABELARDO BUENO	201		Barra da Tijuca	22775-040
UNIMED RIO	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	09.578.217/0001-58	Rio de Janeiro	RJ	R CAROLINA MACHADO	38		Cascadura	21351-021
UNIMED RIO	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	06.047.087/0010-20	Rio de Janeiro	RJ	R ALM BALTAZAR	383	435 PARTE E 467 PART	São Cristóvão	20941-150
UNIMED RIO	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	86.748.076/0002-04	Rio de Janeiro	RJ	R ELISIO DE ARAUJO	263		Vargem Pequena	22783-360
UNIMED RIO	REDE D OR SAO LUIZ S.A.	06.047.087/0009-96	Rio de Janeiro	RJ	R FIGUEIREDO MAGALHAES	875	PARTE	Copacabana	22031-011
UNIMED RIO	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	73.696.718/0002-19	Rio de Janeiro	RJ	LADEIRA DOS GUARARAPES	263		Cosme Velho	22241-275
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	33.419.482/0001-78	Rio de Janeiro	RJ	R DAS LARANJEIRAS	445		Laranjeiras	22240-000
UNIMED RIO	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	29.435.005/0052-79	Rio de Janeiro	RJ	R VOLUNTARIOS DA PATRIA	435	ENT. CAP. SALOMAO,27	Botafogo	22270-000
UNIMED RIO	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	29.435.005/0051-98	Rio de Janeiro	RJ	DONA MARIANA	217	219/223	Botafogo	22280-020
UNIMED RIO	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	29.435.005/0057-83	Rio de Janeiro	RJ	AVENIDA AMARO CAVALCANTI	495	ANTIGO 195	Méier	20735-040
UNIMED RIO	IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A	60.884.855/0016-30	Rio de Janeiro	RJ	TV FREDERICO PAMPLONA	32		Copacabana	22061-080

Júnio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	88.625.686/0024-43	Porto Alegre	RS	RUA JOSE DE ALENCAR	286		MENINO DEUS	90880-480
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	92.685.833/0001-51	Porto Alegre	RS	RUA RAMIRO BARCELOS	910		FLORESTA	90035-001
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP. SIRIO LIBANES	61.590.410/0001-24	São Paulo	SP	RUA DONA ADMA JAFET	91		BELA VISTA	01308-050
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	60.453.024/0003-90	São Paulo	SP	RUA DES. ELISEU GUILHERME	123		PARAISO	04004-030
UNIMED PAULISTANA	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	60.726.502/0001-26	São Paulo	SP	RUA JOAO JULIAO	331		ELA VISTA	01323-020
UNIMED PAULISTANA	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	60.678.604/0001-13	São Paulo	SP	Rua Paraíso	432		PARAISO	04103-000
UNIMED PAULISTANA	FUNDACAO ADIB JATENE (DANTE PAZZANESE)	53.725.560/0001-70	São Paulo	SP	AV. DR. DANTE PAZZANESE	500		IBIRAPUERA	04012-180
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEFICENTE SAO CAMILO - POMPEIA	60.975.737/0002-32	São Paulo	SP	AV. POMPEIA	1178		POMPEIA	05022-001
UNIMED PAULISTANA	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAULO S/A	66.750.613/0001-54	São Paulo	SP	RUA DAS PEROBAS	295		JABAQUARA	04321-120
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	60.777.901/0002-05	São Paulo	SP	AV. SANTO AMARO	2468		VILA OLIMPIA	04556-100
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	60.678.604/0002-02	São Paulo	SP	AL. JOAQUIM EUGENIO DE LIMA	383		BELA VISTA	01403-001
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	60.922.168/0007-71	São Paulo	SP	AV. PAULISTA	200		BELA VISTA	01310-000
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	06.047.087/0001-39	São Paulo	SP	RUA FRANCISCO MARENGO	1312		TATUAPE	03313-000
UNIMED PAULISTANA	SOCIEDADE ASSISTENCIAL BANDEIRANTES	46.543.781/0011-33	São Paulo	SP	RUA DOS TRES IRMAOS	121		MORUMBI	05615-190
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	06.047.087/0003-09	São Paulo	SP	RUA ENGENHEIRO OSCAR AMERICANO	840		CIDADE JARDIM	05673-050
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	06.047.087/0002-10	São Paulo	SP	RUA DOUTOR ALCEU DE CAMPOS RODRIGUES	95		VILA NOVA CONCEICAO	04544-000
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL INFANTIL SABARA S.A.	61.213.674/0002-40	São Paulo	SP	AVENIDA ANGELICA	1987		SANTA CECILIA	01227-200
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES S/A	60.875.226/0001-68	São Paulo	SP	RUA DAS PEROBAS	344		JABAQUARA	04321-120
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	14.736.706/0001-20	Camaçari	BA	COMERCIAL	000175		Centro	42800-420
CENTRAL NACIONAL UNIMED	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	15.194.004/0001-25	Salvador	BA	DO CAMPO SANTO	0000SN		Federação	40210-320

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	33.917.568/0001-20	Camaçari	BA	CONCENTRICA	000009		Camaçari de Dentro	42806-040
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CAMACARI LTDA	34.326.108/0001-90	Camaçari	BA	FRANCISCO DRUMOND	000238		Centro	42800-500
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	13.518.634/0001-82	Alagoinhas	BA	RUY BARBOSA	000011		Centro	48010-130
CENTRAL NACIONAL UNIMED	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	14.022.735/0001-20	Alagoinhas	BA	ELVIRA DOREA	000043		Centro	48005-150
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLOGIA REABILITACAO E O	13.644.877/0001-67	Alagoinhas	BA	ELVIRA DOREA	000001		Centro	48005-150
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTDA	13.534.771/0001-00	Salvador	BA	PRINCESA LEOPOLDINA	000443		Graça	40150-080
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	13.016.092/0001-40	Salvador	BA	JURACY MAGALHAES JUNIOR	002096		Santa Cruz	41920-900
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROMEDICA PATRIMONIAL SA	13.808.803/0001-19	Salvador	BA	ANITA GARIBALDI	002135		Ondina	40170-130
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	72.576.143/0001-57	Brasília	DF	QNN 28	000028	MOD C AREA ESPE	Ceilândia Sul (Ceilândia)	72220-280
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO LTDA	14.373.815/0001-20	Candeias	BA	DES TEIXEIRA DE FREITAS	000010	CASA	Centro	43805-190
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO CLINICO AMMA LTDA	04.862.313/0001-00	Brasília	DF	CSE 6	00005N	LOTE 96	Taguatinga Sul (Taguatinga)	72025-065
CENTRAL NACIONAL UNIMED	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	92.898.550/0006-00	Brasília	DF	ESTRADA PARQUE CONTORNO DO BOSQUE	00005N		Setor Sudoeste	70673-623
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL LAGO SUL SA	00.382.069/0001-27	Brasília	DF	SHIS QI 7 CONJ F	00005N	COMERCIO LOCAL	Setor de Habitações Individuais	71615-570
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	00.610.980/0001-44	Brasília	DF	QSE 12	01 E 1	AREA ESPECIAL	Taguatinga Sul (Taguatinga)	72025-120
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REDE D OR SAO LUIZ SA	06.047.087/0041-26	Brasília	DF	SHLS BLOCO 716 CONJUNTO E LOTE	000005		Asa Sul	70390-903
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REDE DOR SAO LUIZ SA	06.047.087/0042-07	Brasília	DF	SHLS 716 CONJUNTO G LOTE	000005		Asa Sul	70390-700
CENTRAL NACIONAL UNIMED	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES SA	29.435.005/0046-20	Brasília	DF	SEPS 710910	00005N	CONJ B BL I BL	Asa Sul	70390-108
CENTRAL NACIONAL UNIMED	BAHIA SERVICOS DE SAUDE SA	03.376.102/0001-02	Salvador	BA	SALDANHA MARINHO	000088		Caixa D'Água	40323-010
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SOBABY LTDA	13.266.929/0003-70	Lauro de Freitas	BA	PRAIA DE ITAPUA	000340	CASA	Centro	42700-000

Júlio de Freitas Medina
Advogado do Departamento Jurídico
CAA/MG - OAB/MG 109.509

CENTRAL NACIONAL UNIMED	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	13.926.639/0001-44	Salvador	BA	SAO RAFAEL	002152		São Marcos	41253-190
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO	15.166.416/0001-51	Salvador	BA	Princesa Isabel	000914	PREDIO	Barra	40140-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0373-46	Brasília	DF	CA 5	0000SN	LT B LJ 0304	Setor de Habitações Individuai	71503-505
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0374-27	Brasília	DF	DAS CASTANHEIRAS	0000SN	LT 820 LJ 8 TER	Norte (Águas Claras)	71900-100
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0381-56	Brasília	DF	SHLN	0000SN	BL F LJ 1626TER	Asa Norte	70770-560
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0372-65	Brasília	DF	SEPS SUL EQ 709909	0000SN	CJ F CONS 10 PT	Setor Residencial Norte (Plana	70390-095
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0389-03	Brasília	DF	QE 11 AREA ESPECIAL L	0000SN	2AND SL 228 A 2	Guará I	71020-721
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0375-08	Brasília	DF	AREA ESPECIAL 4 MODULO A	0000SN	BL A LOJA 1	Guará II	71070-614
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0380-75	Brasília	DF	SMHN QUADRA 2 BLOCO A	0000SN	10 SOBRELOJA 06	Asa Norte	70710-143
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0383-18	Brasília	DF	AOS 1	0000SN	EA 28 LT 5 TORR	Área Octogonal	70660-010
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0386-60	Brasília	DF	CNC 1	000001	LT 1011 SL 201	Taguatinga Norte (Taguatinga)	72115-515
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0377-70	Brasília	DF	C 1	0000SN	LT 0112 LJ 1819	Taguatinga Centro (Taguatinga)	72010-010
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0388-22	Brasília	DF	SHLS	0000SN	QD 716 CJ B BLO	Asa Sul	70390-700
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0385-80	Brasília	DF	SHIS QI 13 BLOCO J	0000SN	SL 201 A 208	Setor de Habitações Individuai	71635-178
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0382-37	Brasília	DF	CLSW 304 BLOCO B	000304	BL B LJ 2656 ED	Setor Sudoeste	70673-632
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0384-07	Brasília	DF	SCLRN 716	0000SN	CJ E LOJA 40 E	Asa Norte	70770-530
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	61.486.650/0407-20	Brasília	DF	SAN DIEGO	0000SN	AV COMERIAL LT1	Setor de Habitações Individuai	71680-362
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LAPAEC LAB DE PESQUISAS E ANALISES CLINICAS LTDA EPP	01.502.690/0001-40	Catu	BA	PADRE CUPERTINO	000121		Centro	48110-000

