

**Unipart Estadual**  
**Adesão Apartamento**

**Tipo de Contratação:** Coletivo por adesão

**Área de Atuação:** Estadual

**Padrão de Acomodação:** Apartamento

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

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

**Rede:** Ampla Unimed-BH e Intercâmbio Sistema Unimed Estadual

**Registro na ANS:** 459.589/09-1

**Contrato Número:** 0063568

**CONSIDERANDO QUE** houve uma relação negocial originária com o Sistema Unimed, mais especificamente entre **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS** e a **FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS UNIMED'S MINAS GERAIS**, em 28/12/1993, tendo sido extinta em 31/08/1996;

**CONSIDERANDO QUE** em 1/09/1996 a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS** e a **FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS UNIMED'S MINAS GERAIS** entabularam novo pacto, extinto este, por sua vez, em 30/09/1998;

**CONSIDERANDO QUE** em 1/10/1998 **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** assumiu a carteira de clientes da **FEDERAÇÃO INTERFEDERATIVA DAS UNIMED'S MINAS GERAIS** e, por consequência, o contrato firmado entre esta e a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS** lhe foi cedido, extinguindo-se, entretanto, em 30/06/2000;

**CONSIDERANDO QUE** em 1/07/2000 a **UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e a **CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS** firmaram um novo contrato de prestação de serviços, ainda vigente;

**CONSIDERANDO QUE** como é natural, a relação negocial consubstanciada no contrato firmado em 1/07/2000, alterou-se sem que, entretanto, o pacto de prestação de serviços tenha sido modificado para alcançar tais mudanças;

**CONSIDERANDO QUE** as Partes desenvolveram na prática, uma relação de conteúdo heterogêneo, que não definia com clareza o modelo da operação do plano de saúde, ora imputava a uma os ônus da operação de planos de saúde, ora a outra, o que destoava do instrumento firmado em 1/07/2000;

**CONSIDERANDO QUE, além do acima exposto,** o pacto existente entre as Partes, originariamente consubstanciado no contrato firmado em 1/07/2000, ampliou-se de forma que outras relações jurídicas foram sendo instituídas, verbalmente, sem que os instrumentos físicos fossem assinados, todas emparelhadas e conectadas precariamente aos termos gerais do contrato firmado em 1/07/2000, mas dele logo se desvinculando, adquirindo feição independente e própria;

**CONSIDERANDO QUE** se tornou premente para as Partes a necessidade de estruturar concretamente, por meio de documentos escritos, os feixes de direitos e obrigações já assumidos, discutindo-os com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, assumindo a **UNIMED-BH** a posição de operadora de plano de saúde e a **CONTRATANTE**, conseqüentemente, a especificada no art. 9º, V, da RN 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

**CONSIDERANDO QUE** é imprescindível formalizar por escrito os instrumentos jurídicos que reflitam as relações jurídicas em vigor;

**CONSIDERANDO QUE** o presente documento não constitui uma nova contratação, mas somente a instrumentalização de uma relação jurídica que foi constituída em 1/07/2000 e consolidada nos anos posteriores, as condições comerciais apostas no contrato refletem a evolução legal/negocial das que foram pactuadas a época de sua constituição;

**CONSIDERANDO QUE** a qualificação da **CONTRATANTE** e da **UNIMED-BH** se remetem a Proposta de Admissão;

**RESOLVEM FIRMAR O PRESENTE INSTRUMENTO**, embasados nos primados da boa fé objetiva, justiça contratual e na função social dos contratos, continente das cláusulas abaixo transcritas e mutuamente aceitas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação em consultas, exames, terapias, procedimentos e internações**, 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 o Anexo I, no qual constam a relação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos da **UNIMED-BH** e a Proposta de Admissão de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes.

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.



The bottom right of the page contains several handwritten signatures in blue ink. To the right of these signatures is a circular purple stamp. The stamp contains the text 'GESTÃO JURÍDICA' at the top, a central logo, and 'Sociedade de Advogados' at the bottom. There are also some illegible handwritten marks next to the stamp.

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

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

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

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

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

**ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante em decorrência 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).

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

**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, 10ª revisão.

**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.

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

**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 mantêm vínculo profissional, classista ou setorial.

**CUSTO OPERACIONAL:** é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH** acrescido do percentual de 10% (dez por cento).

**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 solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
Página 3 de 35

08000 30 30 03

Fax: (31) 3229-6020

[www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



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

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

**GUIA MÉDICO DO PLANO CONTRATADO:** é o material que fornece informações sobre o uso e a rede credenciada conforme o plano contratado.

**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 pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da tabela referência no Intercâmbio Nacional. Não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos.

**HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA:** são hospitais, clínicas e laboratórios que utilizam lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros.

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

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

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

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

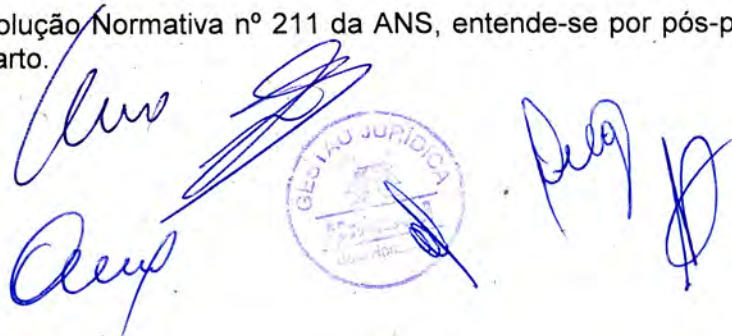
**MÉDICO COOPERADO:** é o médico pertencente a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Unimed.

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

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

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

**PÓS-PARTO IMEDIATO:** Nos termos da Resolução Normativa nº 211 da ANS, entende-se por pós-parto imediato como as primeiras 48 horas após o parto.

The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. A circular stamp is also present, containing the text 'GEIACU JURIDICA' and a signature. The stamp is partially obscured by the handwritten signatures.

**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.

**PROCEDIMENTOS DE COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA:** classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado valor de coparticipação: São considerados procedimentos de coparticipação reduzida aqueles constantes do Anexo I integrante do presente instrumento.

**PROCEDIMENTOS DE COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA:** classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado valor de coparticipação. São considerados procedimentos de coparticipação diferenciada aqueles constantes do Anexo I, integrante do presente instrumento.

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

**ROL DE PROCEDIMENTOS:** é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).

**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:

a) 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, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, 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 e Vespasiano**, por meio de seus médicos

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
Página 5 de 35  
08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



cooperados e credenciados e rede assistencial conforme Guia Médico do Plano Contratado, entregue ao **CONTRATANTE** no ato da contratação.

3.1.1. Fora da área de abrangência acima, os serviços ora contratados serão prestados pelo Sistema Unimed 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.

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

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

**3.3. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais e 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**.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS**

4.1 - São considerados associados titulares os advogados, bacharéis em direito e estudantes de direito legalmente filiados à **CONTRATADA**, para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, o **CONTRATANTE** é o associado titular.

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

- a) o cônjuge;
- b) o filho ou enteado
- c) o menor com até dezessete anos de idade que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do associado titular;
- d) o companheiro, havendo união estável, na forma da lei civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) o pai, mãe, sogro (a), neto (a), sobrinho (a), irmão (ã).

4.2.1 São ainda considerados beneficiários dependentes, sempre nos limites da Resolução Normativa 195/09, aqueles que comprovarem dependência econômica ao beneficiário titular.

a) a dependência econômica será comprovada exclusivamente com base na Declaração de Imposto de Renda do beneficiário titular, referente ao exercício fiscal anterior à inclusão do dependente no plano.

4.3. O ingresso do grupo familiar previsto nos itens 4.2 e 4.2.1 desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.



**4.4. São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:**

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

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

4.4.2. inscrição do **filho adotivo, menor de 17 (dezesete) 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 17 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**.

**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). A **UNIMED-BH** prestará assistência à **CONTRATANTE**, solucionando dúvidas na implantação do sistema e durante o envio das informações. Essa assistência poderá ser por escrito, por e-mail, por telefone ou prestada diretamente na sede do **CONTRATANTE** ou da **UNIMED-BH**.

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

**5.2.3. O CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG

08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



hábil, ou 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 11º (décima primeira) 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.** Não poderão ser inscritos nas coberturas deste contrato o beneficiário titular do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiverem afastados do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

**5.5.** 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 ato ilícito ou fraude ao plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**.

**5.6.** O **CONTRATANTE** também poderá rescindir o contrato do beneficiário, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

**5.7.** 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.** Ocorrendo a perda ou o extravio do cartão individual de identificação, o **CONTRATANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via.

**6.3.** É obrigação do **CONTRATANTE** responder sempre, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes diretamente do uso indevido dos cartões de identificação não devolvidos e por demais documentos; nestas hipóteses, a **UNIMED-BH** está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do beneficiário.

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

**6.4.** O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após a comunicação de sua perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar



The bottom of the page features several handwritten signatures in blue ink. To the right, there is a circular purple stamp that reads 'GABINETE JURÍDICO' around the perimeter. The stamp is partially obscured by the signatures and a pen nib.



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 nas internações hospitalares, bem como em consultas, exames, terapias e procedimentos, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial**, e que tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial, com a previsão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional relativa à empresa contratante.

**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 9.656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com **os limites, os prazos de carências e as condições estabelecidas neste contrato.**

**8.2. Cobertura Ambulatorial:** é aquele atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, sendo garantida a cobertura pelo presente nos seguintes casos e com as limitações abaixo expostas:

**8.2.1.** cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9.656/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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

**8.2.3.** cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
Página 9 de 35 | 08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



ANS - Nº 34.368-9

a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (artigo 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 habilitados, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterizem como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9.656/1998, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

**8.2.5.** cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 e nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal — CAPD;

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

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

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



**8.3. Cobertura Hospitalar:** compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, garantidas:

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

**8.3.2.** 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.** 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 9.656/1998);

**8.3.4.** despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, "c", da Lei 9.656/1998);

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

**8.3.6.** 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 9.656/1998);

**8.3.7.** toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (artigo 12, II, "e", da Lei 9.656/1998);

**8.3.8.** órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

**8.3.9.** 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 9.656/1998);

**8.3.10.** despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9.656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10.741/2003 - Estatuto do Idoso e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

**8.3.11.** procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente que necessitem de ambiente hospitalar, realizados 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);

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
Página 11 de 35  
08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



**8.3.12.** 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, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente):

- a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;
- b) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irão avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- c) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura do plano.

**8.3.13.** 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) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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.** 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 9.656/1998, incluído pela Lei 10.223/2001);

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

**8.3.16.** 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 sujeito à participação financeira do CONTRATANTE, conforme informado na Proposta de Admissão;**

**8.3.17.** regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

**8.3.18.** transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:

a) despesas assistenciais com doadores vivos;

b) medicamentos utilizados durante a internação;

c) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d) 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, estes se darão 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, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes condições:

**8.4.1.** cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/1998) nos termos da cláusula 4.4.3 do presente contrato, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo.

**8.4.2.** 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.

Unimed-BH



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

### CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

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

- a) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- b) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- c) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- d) cirurgias para mudança de sexo;
- e) atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- f) aplicação de vacinas preventivas;
- g) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;
- h) tratamentos e cirurgias de inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo do DNA;
- i) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada.
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;



- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, exceto nas hipóteses previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- y) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
- 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;
- bb) produtos de toalete e higiene pessoal;
- cc) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
- dd) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
- ee) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;
- ff) exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

**Unimed-BH**

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
Página 15 de 35  
08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



ANS - Nº 34.388-0

## 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	24 (vinte e quatro) horas
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 será exigido o cumprimento de prazos de carência.

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unimed-BH

imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

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

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

**12.2.** 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.



Handwritten signatures in blue ink, including one that appears to be 'Ary' and another that is more stylized.

Handwritten signature in blue ink, possibly 'Ary'.

**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 ao **CONTRATANTE** o guia médico do plano contratado, editado pela **UNIMED-BH**, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados e credenciados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Unimed, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e credenciados e da rede **UNIMED-BH**, contratada ou credenciada.

**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.

**13.2.** 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.

Unimed-BH 

Página 19 de 35  
Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)



**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 em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA- DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO**

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



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

- a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

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

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA- DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

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

Faixa Etária	Varição (%) entre as Faixas Apartamento
0 a 18 anos	-
19 a 23 anos	18,89%
24 a 28 anos	15,00%
29 a 33 anos	14,99%
34 a 38 anos	16,01%
39 a 43 anos	15,99%
44 a 48 anos	16,01%
49 a 53 anos	16,99%
54 a 58 anos	34,00%
59 anos ou mais	56,01%

**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 eventuais valores de coparticipação, que poderão ser cobradas em faturas distintas.

**16.2.** As faturas das mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, 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 deverá ser realizado até o último dia útil anterior ao vencimento.

**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.

**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 se acaso não for possível fazê-la no mesmo mês de emissão da nota fiscal.

**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.

**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 do consumidor estar cumprindo período de carência para internação.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA COPARTICIPAÇÃO

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

- a) consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial;
- b) serviços complementares de diagnóstico (exames), terapias e procedimentos, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial:
  - 1) os valores previstos para as coparticipações reduzida e diferenciada, constantes na Proposta de Admissão, são fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração o custo médio e a frequência média de utilização dos exames, que permite classificá-los como coparticipação:

**Reduzida** (exemplos: hemograma, colesterol, glicose jejum, urina rotina, parasitológico de fezes, raio X do tórax, ECG convencional, teste ergométrico convencional, EEG de rotina, endoscopia digestiva alta, exérese de nevus, patologia osteomioarticular em dois ou mais membros, megavoltagem – acelerador linear – ftons ou eletrons (até 5 mv), transfusão, fratura de tíbia e fíbula, retrocoagulação de lesões cutâneas);

**Diferenciada** (exemplos: ecodoppler cardiograma, ecodoppler vasos cervicais, ecodoppler venoso de membros inferiores, HIV – western blot ou carga viral, ressonância magnética, ultrassom de abdome total, tomografia de abdome total, hemodiálise crônica (por sessão), varizes – tratamento cirúrgico de um membro, aconselhamento genético, artroscopia cirúrgica joelho, cotovelo e tornozelo, facectomia com lente intraocular).

A classificação completa de cada exame/terapia/procedimento consta da "Relação de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos da Unimed BH – Anexo I", que será entregue ao beneficiário titular no ato da contratação;

- a) internações hospitalares;
- b) internação em hospital-dia;
- c) internação psiquiátrica.

Parágrafo único: Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH**.

**17.2.** Por conta dos valores apurados na coparticipação, 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 180 (cento e oitenta) dias da data do procedimento/atendimento

**Unimed-BH**



## 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 superior a 12 horas em leito hospitalar, independentemente da acomodação contratada.

**18.2.** Será previsto valor de cobrança diferenciado para as internações em Hospital-Dia, conforme preços fixados na proposta de admissão.

**18.3.** Fica estabelecido que o **CONTRATANTE** arcará com o pagamento de valor fixo de coparticipação financeira, conforme previsto na alínea 'd' do item 17.1 do presente contrato.

**18.4.** Os valores mencionados nos itens 18.2 e 18.3 do presente contrato serão cobrados do **CONTRATANTE**, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no Hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços estabelecidos na Proposta de Admissão para internações comuns.

## 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 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**

**I.U= 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 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 plano 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 lhe será aplicado, se o da Seção I ou o da Seção II.

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

**19.7.1** 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.** Excepcionalmente, a primeira apuração do número de beneficiários dar-se-á em janeiro de 2013 e, posteriormente, na data de aniversário de cada contrato, conforme caput desta cláusula.

**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), 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 tratado por instrumento será calculado ou aplicado o critério de análise de equilíbrio do contrato com base no índice de utilização - conforme fórmula contida no item 19.2.1 – combinado ao índice de reajuste divulgado pela ANS para planos Individuais que esteja vigente no período de cálculo do

Unimed-BH



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+ percentual de recomposição (%)) x (1 + 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.

**19.10** A discordância do CONTRATANTE quanto aos critérios de reajuste definidos nesta cláusula, derivativos de determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, acarretará o bloqueio do contrato vigente para novas inclusões de beneficiários, conforme determinação da própria Agência Regulatória.

**19.11.** Deixam as Partes aqui consignadas a informação de que, não constituindo a assinatura dos contratos de plano 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.

#### 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 manifestarem, 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 consequências moratórias.

**21.1.1.** O contrato também poderá ser cancelado:



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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

**22.3.** 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.

**22.4.** 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.

**22.5.** 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.

**22.6.** 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

Unimed-BH

terceiro, este escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados e cuja remuneração ficará a cargo da **UNIMED-BH**;

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

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

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

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

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

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

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

**22.11.** Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, Anexo I.

**22.12.** 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.

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

### DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

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

a) Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato. Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.

b) 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.

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

d) 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.

e) 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.



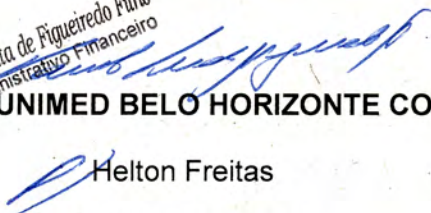
f) Conseqüentemente comprometemo-nos a informar aos beneficiários os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como eventuais alterações contratuais, inclusive os reajustes das contraprestações.

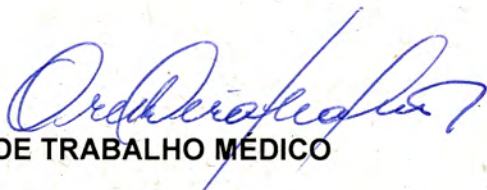
Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

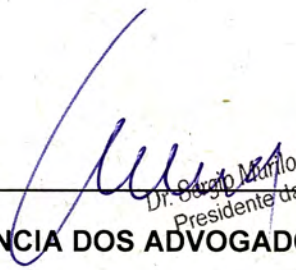
Belo Horizonte, 01 de SETEMBRO de 2013.

Dr. Paulo Pimenta de Figueiredo Filho  
Diretor Administrativo Financeiro

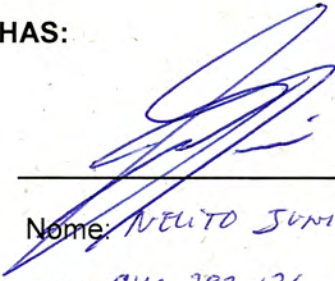
**UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO**

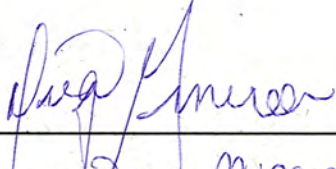
  
Helton Freitas  
Diretor-Presidente

  
Orestes Miraglia Junior  
Diretor Comercial

  
Dr. Sérgio Marinho Diniz Braga  
Presidente da CAA/MG  
**CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS ADVOGADOS DE MINAS GERAIS**

**TESTEMUNHAS:**

  
Nome: NELSON JUNIOR A-SILVA  
CPF: 042.782-176-25

  
Nome: Marcelo Munson Dias  
CPF: 060.226.276-30

**Unimed-BH**





Anexo II – Lista de Hospitais e Serviços de tabela própria e/ou de alto custo

UNIMED CONTRATANTE	PRESTADOR	MUNICÍPIO	UF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLO	ALAGOINHAS	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	ALAGOINHAS	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	ALAGOINHAS	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	CAMAÇARI	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA	CAMAÇARI	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES	CAMAÇARI	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	CAMAÇARI	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO	CANDEIAS	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE	DIAS D'ÁVILA	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HBA SA ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL JAAR ANDRADE	SALVADOR	BA

CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SALVADOR SERVICOS DE SAUDE LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LABLID LABORATORIO DE DIAGNOSTICOS LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LITHOCENTER HOSPITAL DIA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTDA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROMEDICA PATRIMONIAL SA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	SALVADOR	BA
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CARPEVIE CENTRO DE MEDICINA INTEGRADA	BRASÍLIA	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO LTDA	BRASÍLIA	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO CLINICO AMMA LTDA	BRASÍLIA	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO DE CONVIVENCIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	BRASÍLIA	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA DO RENASCER LTDA	BRASÍLIA	DF
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	BRASÍLIA	DF

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
 Página 31 de 35 | 08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)

<b>UNIMED</b>			
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOME HOSPITAL ORTOPÉDICO E MEDICINA ESPECIALIZADA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOSPITAL E CLÍNICAS SK STECKELBERG LTDA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOSPITAL LAGO SUL SA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOSPITAL SANTA LUZIA SA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	INBOL INSTITUTO BRASILENSE DE OLHOS SS	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	INSTITUTO MÉDICO CIRÚRGICO ASA SUL LTDA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	ISOB INSTITUTO DE SAÚDE DE OLHOS BRASÍLIA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	LAF EMPRESA DE SERVIÇOS HOSPITALARES LTDA	BRASÍLIA	DF
<b>CENTRAL NACIONAL UNIMED</b>	SERVIÇOS HOSPITALARES YUGE LTDA	BRASÍLIA	DF
<b>UNIMED ABC</b>	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	SANTO ANDRÉ	SP
<b>UNIMED ABC</b>	HOSP E MATERN ASSUNÇÃO S/A	SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP



UNIMED JOINVILLE	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	JOINVILLE	SC
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	BARUERI	SP
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	COTIA	SP
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	OSASCO	SP
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	CARDIOLOGICA CENTRO CARDIODIAGNOSTICO	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	CLINICA INTEGRADA SIMMM S/S LTDA	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	CLINICA PEDIATRICA DE URGENCIA S/C LTDA	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S/A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL INFANTIL SABARA S.A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	INSTITUTO DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS DE SAO PAULO	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	SÃO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	SÃO PAULO	SP

Unimed-BH

Av. Francisco Sales, 1.483 - Santa Efigênia - CEP 30150-221 - Belo Horizonte - MG  
 08000 30 30 03 | Fax: (31) 3229-6020 | [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br)

Página 33 de 35

UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED RECIFE	HOSPITAL ESPERANCA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL JAYME DA FONTE	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL SANTA JOANA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	REAL HOSPITAL PORTUGUES	RECIFE	PE
UNIMED RIO	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SANTA LUCIA S A	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CLINICA PEDIATRICA BARRA LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	DH - DAY HOSPITAL LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	FMG EMPREENDIMENTOS HOSPITALARES LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	MEDISE MEDICINA DIAGNOSTICO E SERVICOS LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	MEIER MEDICAL CENTER S/C LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ

UNIMED RIO	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED SALVADOR	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	SALVADOR	BA
UNIMED SALVADOR	HOSPITAL ALIANCA SA	SALVADOR	BA
UNIMED SALVADOR	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD	SALVADOR	BA

*Dr. Paulo Pimenta de Figueiredo Filho*  
Diretor Administrativo Financeiro

*[Handwritten signature]*

*Dr. Orestes Miraglia Júnior*  
Diretor Comercial

*Marcelo Centri Abrahão*  
Superintendência Comercial e de Marketing

*[Handwritten signature]*

## Guia de Leitura Contratual

Página do  
Contrato

<b>CONTRATAÇÃO</b>	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
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	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
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	X
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	04
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	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	04
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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.	06
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	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	06
<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do	07

Dr. Paulo Pimenta de Figueiredo Filho  
Diretor Administrativo Financeiro

Marcelo Courty Abrahão  
Superintendente Comercial e  
de Marketing

Diego Muneron Dias  
Coordenador de Relacionamento  
e Negócios

Dr. Orestes Miraglia Junior  
Diretor Comercial



	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.	
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	X
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	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.	05 07 09
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	08
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	08
<b>REAJUSTE</b>	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.	08
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	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

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 signatures and initials in blue ink.