Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
CNPJ: 16.513.178/0001-76
Produto: Unipart Flex Nacional Adesão Com Patrocinador Enfermaria
Nº de registro na ANS: 34.388-9
Nº de registro do produto: 463.791/11-7
Site: http://www.unimedbh.com.br
Tel.: 0800 030 30 03
Proposta: 40018

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	05
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	05
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	07
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	09
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	10

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAAA/MG

Francielle de F. Tavante dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	10
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	06 11 14 16
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	15
RESCISÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato.	15
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	14

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

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

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Vasconcelos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

UNIPART FLEX NACIONAL
ADESÃO COM PATROCINADOR ENFERMARIA

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão com patrocinador
Área de Atuação: Nacional
Padrão de Acomodação: Enfermaria
Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.
Pagamento: Pré-pagamento **com cobrança de coparticipação**
Rede: Ampla Unimed-BH e Intercâmbio Sistema Unimed Mineiro
Registro na ANS: 463.791/11-7

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para **procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia** e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação em consultas, exames, terapias, procedimentos, tratamentos e internações, inclusive psiquiátrica** aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE**, para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde e do Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

1.2. Integram este contrato para todos os efeitos de direito, a **Proposta de Admissão**, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes, disponíveis no site **www.unimedbh.com.br,** que elenca os hospitais, clínicas e laboratórios que não compõem a rede assistencial integrante do presente plano, lista de procedimentos e eventos, estando os dois últimos documentos disponibilizados no site www.unimedbh.com.br ("Espaço do Cliente"), para conferência destes e seus grupos e subgrupos.

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

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Luis F. Vasconcelos dos Reis
Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato ou da adesão do beneficiário, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas. **CID-10:**
é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde sempre aplicada a atualização mais recente considerando o evento.

COBERTURA AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as disposições do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE ou o beneficiário, nos casos permitidos por Lei,** deve pagar para a operadora referente a realização de cada consulta em pronto atendimento ou consultório, exame reduzido ou diferenciado, tratamento, procedimento reduzido ou diferenciado e internação hospitalar, em hospital dia e psiquiátrica, conforme especificado neste contrato e na Proposta de Admissão, compondo as obrigações financeiras exigíveis do **CONTRATANTE ou do beneficiário**, nos casos permitidos por Lei, para a manutenção da contratação.

COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA: subgrupo de eventos sujeitos – cada um deles - a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação disponíveis no site **www.unimedbh.com.br,** .

COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA: subgrupo de eventos sujeitos – cada um deles - a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação disponíveis no site **www.unimedbh.com.br**,

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

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

Francielle de Fátima dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

Sérgio Murilo Diniz
Presidente

GESTÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

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

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

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

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário.

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

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

GUIA MÉDICO DO PLANO CONTRATADO: é a relação de prestadores de serviços de saúde e cooperativas que compõem o Sistema Unimed, disponibilizados ao beneficiário do plano de saúde - que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado - que está publicada no site **www.unimedbh.com.br** e no aplicativo da Unimed-BH e é atualizada periodicamente.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para Honorários Médicos e procedimentos, materiais e medicamentos **para os quais não há cobertura do presente contrato.**

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

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

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

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

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

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

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Vasconcelos dos Reis
Advogada Dept° Jurídico CAAMG
OAB/MG 133.453

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de **Baldim, Barão de Cocais, Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Catas Altas, Conceição do Mato Dentro, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimedbh.com.br e aplicativo da Unimed-BH para dispositivo móvel.

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

Sérgio Murilo Diniz Brasil
Presidente da CAAMG

Francielle de Fátima dos Reis
Advogada Dept° Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

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

3.2. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais e os serviços de tabela própria e/ou de alto custo, relacionados na "Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo", disponível em www.unimedbh.com.br, estão excluídos da cobertura deste.

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

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

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

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

I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações; III - associações profissionais legalmente constituídas;
IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985.

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

a) cônjuge;
b) filho natural, adotivo ou enteado.
c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular.
f) pai, mãe, sogro (a), sobrinho (a), irmão (a) e neto (a).

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

4.4. São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:

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

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

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

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

Francielle de F. Pesante dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sergio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

Franciellie de F. Vasanie dos Reis
Advogada Dept. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. 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.

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

6.2. Em caso de início de tratamento com o beneficiário ativo e se o mesmo for excluído e permanecer internado e/ ou em tratamento, o custo da internação/tratamento após a data de exclusão será incluído no custo/resultado do contrato.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO CONTRATADO

7.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva por adesão, com coparticipação nas internações hospitalares, hospital dia e psiquiátrica, bem como em consultas, exames, tratamentos (terapias, sessões etc.) e procedimentos inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial** e tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica de caráter classista, profissional ou setorial, com a previsão de inclusão da massa populacional a essa vinculada e seus dependente(s) (na forma desta contrato), nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde e deste contrato.

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

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

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

CLÁUSULA OITAVA – DAS COBERTURAS

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

8.2. **Cobertura Ambulatorial:** abrange o atendimento executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços, como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e o detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observada a seguinte abrangência:

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

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

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

Sergio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de Fátima Nasante dos Reis
Advogada Chefe Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (Art. 7º da Resolução CONSU 13/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

8.2.4 cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

8.2.5 cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

8.2.6 cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;

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

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

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

8.2.10 terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;

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

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

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

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

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

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

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

a) medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787, de 10/02/1999); e
b) medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAAMG

Francielle de F. Nasaré dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

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

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

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

8.3.3 .a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, "b", da Lei 9656/98);
8.3.4 a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, "c", da Lei 9656/98);

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

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

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

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

8.3.9 a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e" da Lei 9656/98);

8.3.10 cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de dezoito anos idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contraindicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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

8.3.12 cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle da Rosa Casante dos Reis
Advogada Dept. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

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

8.3.13 cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente):

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, 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 a segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

8.3.14 cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);

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

8.3.16 o custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente). **O custeio do tratamento fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão.**

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

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

I. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor; II. medicamentos utilizados durante a internação;

III. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

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

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

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Medeiros dos Reis
Advogada Depto. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

ASSESSORIA JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

contrato, observadas as seguintes exigências:

a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme definição contratual.

b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/98) nos termos do item 4.3.3, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo (artigo 20, da Resolução Normativa 162/07), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

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

e) para fins de cobertura do parto vaginal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

9.1. Estão excluídos da cobertura deste contrato todos os procedimentos que não constam no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e os abaixo:

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

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

c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;

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

e) cirurgias para mudança de sexo;

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

g) aplicação de vacinas preventivas;

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

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

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

k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;

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

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

n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;

r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;

t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de [illegible] dos Reis
Advogada Dept. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

v) procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
w) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado,
x) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
y) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
z) identificação de cadáveres ou restos mortais;
aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
ab) despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;
ac) produtos de toalete e higiene pessoal;
ad) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;
ae) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
af) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;

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
Cirurgia Ambulatorial	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias;	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300(trezentos) dias

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

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

I - o beneficiário tenha se vinculado ao **CONTRATANTE** após o início da vigência inicial do contrato; II - proposta de adesão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Nasante dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

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

11.2. As internações hospitalares e demais procedimentos – à critério da operadora - serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da **UNIMED-BH e submetidas a autorização prévia**, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

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

11.4. Os beneficiários obrigam-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia/solicitação médica ou senha de autorização de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação em vigor emitido pela **UNIMED-BH**.

11.5. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.

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

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

11.8. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 11 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAAMG

Fernanda de F. Vasante dos Reis
Advocada Deptº Jurídico CAAMG
OAB/MG 105.482

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

12.3. Em caso de atendimentos de urgência ou emergência de beneficiários incluídos no presente contrato, que evoluírem para internação será oferecida cobertura desde a admissão do beneficiário até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

12.4. Ainda que o presente plano não seja de segmentação exclusivamente ambulatorial, é necessário fazer constar no presente contrato que a regulamentação normativa da ANS prevê que aquele plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Sendo necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à UNIMED-BH.

12.4.1. No caso deste contrato, portanto, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

12.4.2. No caso desde contrato, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

12.4.3. Caso a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

12.5. Nos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência, a cobertura estará limitada às primeiras 12 (doze) horas, conforme regulamentação vigente.

12.5.1. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da segmentação obstétrica, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário não cabendo ônus à **UNIMED-BH**.

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

12.6.1. À **UNIMED-BH** caberá:
a) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos do beneficiário estiver cumprindo período de carência.

12.6.2. Na remoção, a **UNIMED-BH** deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o beneficiário quando efetuado o registro na unidade só SUS.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Nazaré dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

14.1. As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada 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.

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

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

14.3. 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".

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

14.5 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 QUINTA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

15.1 O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-BH**, em pré-pagamento, por meio de emissão dos documentos de cobrança correspondentes, as obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços: a soma das mensalidades correspondentes a cada faixa etária dos beneficiários, titulares e/ou dependentes, inscritos neste contrato, valores estes constantes na Proposta de Admissão; eventuais valores de coparticipação decorrentes da utilização; multas, juros e correção monetária, quando for o caso. **Estas poderão ser cobradas em boletos distintos, a critério da UNIMED-BH.**

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Vasconcelos Reis
Advogada Depto. Jurídico CAAMG
OAB/MG 123.482

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

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

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

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

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

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

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

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

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

15.9. A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação do **CONTRATANTE** não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu **sucessor** integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias e legais decorrentes do presente enlace, nos limites temporais explicitados no item 15.9. do presente contrato.

15.10 As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE** a **UNIMED-BH**, a comunicação expressa de intenção de manutenção do contrato ou de rescisão, em conformidade com o descrito acima.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO

16.1. Estão discriminados na Proposta de Admissão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que está sujeito o **CONTRATANTE ou o beneficiário, na forma da Lei.**

16.2. No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário correspondente, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o subgrupo ao qual está inserido o evento sobre o seu valor monetário, constante na Tabela de Referência da **UNIMED-BH, observados os tetos expostos na Proposta de Admissão**.

Sérgio Murilo Diniz Diogo
Presidente da CAAMG

Francielle de Fátima dos Reis
Advogada Depto. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GESTÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

Estão sujeitos a coparticipação:
a) consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial (consultório médico ou pronto atendimento);
b) exames e terapias (coparticipação reduzida ou diferenciada);
c) procedimentos (coparticipação reduzida ou diferenciada);
d) internações hospitalares;
e) internações em hospital-dia;
f) internações psiquiátricas.
g) tratamentos.

16.3. As coparticipações, como fator de moderação da utilização do plano, são estabelecidas com base em cálculo atuarial levando-se em consideração o custo médio dos procedimentos, a frequência média de utilização dos exames e sua complexidade, o que permite classificá-los como coparticipação reduzida ou diferenciada, conforme pode ser verificado no site **www.unimedbh.com.br.**

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

16.4. DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

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

16.4.1.1. Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito na Proposta de Admissão sobre os valores faturados pelo prestador de serviços onde se deu a internação, em conformidade com a rede do plano de saúde ora contratado.

16.4.1.2. A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira do **CONTRATANTE** fixada em até 30% (trinta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia ou outro percentual e/ou metodologia estabelecida em regulamentação determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e, dentro dos limites descritos por esta, **explicitada na Proposta de Admissão do presente contrato.**

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

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

16.6. DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:

16.6.1. Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a uma política de cobrança de coparticipação em regime diferenciado pois a coparticipação não incidirá sobre cada evento, individualmente, mas sobre o grupo de eventos **iguais** realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias, ou de isenção, a critério da **UNIMED-BH**, de acordo com o descrito na Proposta de Admissão:

16.6.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:
a) Transfusões sanguíneas;
b) Procedimentos terapêuticos radioterápicos;
c) Procedimentos quimioterápicos;
d) Hemodiálise e diálise peritoneal.

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

17.1. O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência, **em leito hospitalar por até 12 (doze) horas**, independentemente da acomodação contratada.

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

17.3. Os valores de coparticipação serão cobrados do **CONTRATANTE** nos casos de regime de internação em hospital dia, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços

Sérgio Murilo Diniz
Presidente da CAA
Francielle de Cavalcante dos Reis
Advogada Dept. Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

estabelecidos na Proposta de Admissão para internações em regime de internação hospitalar.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

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

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

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

18.2.2 As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 18.2 do presente contrato caso o Índice de Utilização (IU) – calculado conforme abaixo – seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

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

18.2.3. Na hipótese de o IGP-M acumulado for inferior a zero (negativo), não haverá qualquer alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do contrato.

18.3 Por se dar em modalidade de pré-pagamento, as partes acordam que o reajuste das coparticipações e mensalidades se dará no aniversário do contrato, com base no índice divulgado 1 (um) mês antes daquela, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação.

18.3.1. No primeiro reajuste das mensalidades, serão ignoradas as utilizações e as mensalidades pagas nos 2 (dois) primeiros meses. Sendo assim, o período apurado para fins de cálculo de reajuste compreenderá do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do contrato, com aplicação do resultado no faturamento do 13º (décimo terceiro) mês de vigência do contrato.

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

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

18.5 Caso o Índice de Utilização Apurado do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento), ajustam as partes que a recomposição de preço das mensalidades serão feitas com aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula descrita no item 18.5.2, a fim de, simultaneamente, satisfazer a função de recuperar as perdas inflacionárias e manter o equilíbrio econômico financeiro do contrato, cuja meta é 75% (setenta e cinco por cento) de Índice de Utilização:

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

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

18.5.2 Em seguida, calculado o IU (Índice de Utilização), passar-se-á ao cálculo do Percentual de recomposição, que quantifica o desequilíbrio econômico financeiro do contrato frente à meta estabelecida em 18.5:

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

18.5.3 Considerando o resultado obtido pelo cálculo acima e, levando-se em consideração que o indexador das

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAAMG

Franciele de F. Vasante dos Reis
Advogada Dept° Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos), estabelecidos na Proposta de Admissão é o IGP-M, ajusta-se que as mensalidades serão reajustadas observando-se o índice obtido através do resultado acima:

Legendas e definições das fórmulas:

RECEITA: Soma da receita, subtraídos seus redutores (descontos e receitas canceladas).
CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL: Soma dos custos de utilização do plano, custos com promoção da saúde, reembolso de procedimentos, apropriação de médicos, prestadores de serviços internação domiciliar, taxas da ANS, monitoramento a clientes, liminares judiciais.
PERCENTUAL DE RECOMPOSIÇÃO: Percentual aferido conforme contrato, que é parâmetro para definir em quanto a receita total do contrato tem de ser recomposta.

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

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

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

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

18.9. Anualmente, no mês do aniversário do contrato, a **UNIMED-BH** verificará o número de beneficiários que compõe a massa do presente contrato e se esse for até 99 (noventa e nove), obrigatoriamente, o reajuste a ser aplicado sobre mensalidade e coparticipação será o descrito nesta seção, que será aplicado para toda a carteira de contratos de planos de saúde da operadora que tenham até 99 (noventa e nove) beneficiários.

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

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

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

18.10.1 Cálculo do Índice de Utilização:

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

Legendas e definições das fórmulas:

IU = Índice de Utilização

CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL = Soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde.

OUTROS CUSTOS ASSISTENCIAIS = Reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas da ANS, serviço de monitoramento a clientes.

RECEITA TOTAL = Faturamento com Assistência Médica (+) receitas de coparticipação (-)

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Nasante dos Reis
Advogada Departamento Jurídico CAAMG
OAB/MG 185.482

redutores da receita.

REDUTORES DA RECEITA = receitas canceladas e descontos concedidos.

18.10.2 Cálculo do Reajuste do agrupamento:

[(1+ percentual de recomposição (%)) x (1 + reajuste da ANS para planos individuais) - 1].

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

20.1.1. O contrato também poderá ser rescindido:

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

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

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

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

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

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAAMG

Francielle de F. Vasante dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

GRATÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

20.4. 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, desde que o tratamento tenha iniciado antes do término da vigência, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário.

20.4.1. Se quando da rescisão houver beneficiário internado que não possa ser removido ou transferido, os custos de internação permanecerão as expensas do CONTRATANTE e lhe serão faturadas em custo operacional.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS REGRAS ANTICORRUPÇÃO

21.1 As partes declaram, mutuamente, que estão cientes, conhecem, entendem e observam integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei n.º 12.846, de 2013 ("Lei Anticorrupção", em conjunto, as "Regras Anticorrupção"), comprometendo-se ambas a se absterem de qualquer atividade que constitua uma violação às disposições do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", que passa a ser considerado ANEXO ao presente contrato.

21.2 O "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" encontra-se disponível no site https://www.unimedbh.com.br/espacoempresa, tendo as Partes tomado conhecimento do inteiro teor deste, comprometendo-se, mutuamente, a respeitar e exigir que o seu conteúdo normativo seja cumprido por seus empregados, colaboradores, prepostos e subcontratados, com ulterior compromisso de levá-lo ao conhecimento de eventuais terceiros com os quais **CONTRATANTE** e **UNIMED-BH** a manter contato para a execução do presente PACTO.

21.3 As Partes, por si e por seus administradores, diretores, funcionários e agentes, bem como seus sócios que venham a agir em seu nome e por seus subfornecedores, se obrigam a conduzir suas práticas comerciais, durante a consecução do presente Contrato, de forma ética e em conformidade com as Regras Anticorrupção e com o "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" aqui mencionado.

21.4 Na execução deste Contrato, as Partes, por quaisquer de seus diretores, empregados, colaboradores, prepostos, agentes ou sócios agindo em seu nome, e por seus subfornecedores não poderão, em nenhuma hipótese: dar, oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de, direta ou indiretamente, qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor a qualquer autoridade governamental, agente público, consultores, representantes, parceiros, ou quaisquer terceiros, com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão do agente ou do governo, ou para assegurar qualquer vantagem indevida, ou direcionar negócios para, qualquer pessoa, e que violem as Regras Anticorrupção.

21.5 Mediante notificação prévia, com agendamento de data e hora, as Partes concordam que poderão realizar, reciprocamente, procedimento de auditoria certificar o cumprimento do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" e das Regras Anticorrupção, sem, contudo, exonerarem-se e/ou diminuírem as suas responsabilidades mútuas perante terceiros e/ou autoridades competentes.

21.6 O descumprimento por parte das partes e seus subfornecedores de quaisquer Regras Anticorrupção aplicáveis ou do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", ensejará a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, observadas as penalidades previstas neste Contrato, ficando, ainda, a parte que descumprir tais regras, responsável por indenizar a outra contra todo e qualquer dano que esta suporte (em sua exata proporção) em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando a parte prejudicada autorizada, desde já, a reter o valor proporcional ao dano sofrido em qualquer pagamento seja devido a parte infratora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

GERÊNCIA JURÍDICA Unimed Belo Horizonte

Sérgio Murilo Diniz Braga Presidente da CAA/MG

Francielle de F. Vasconcelos Reis Advogada Deptº Jurídico CAA/MG OAB/MG 135482

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

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

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

22.6. A utilização dos serviços contratados, durante a carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever de o **CONTRATANTE** pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo operacional, aferido por meio da **UNIMED-BH**, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

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

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

a) substitua o prestador não hospitalar por outro equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvada as hipóteses legais;

b) substitua a entidade hospitalar por outra equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;

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

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

22.8.1. O disposto no item 22.8."a" não se aplica à relação entre o cooperado e a **UNIMED-BH**, submetida ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764/1971 e aos profissionais de saúde com vínculo empregatício com a **UNIMED-BH**.

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

22.9. Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de disposição legal ou deste contrato 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. É obrigação do CONTRATANTE disponibilizar ao beneficiário, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato.

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

Sergio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

Francielle da F. Vasconcante dos Reis
Advogada Depto Jurídico CAAMG
OAB/MG 135.482

DECLARAÇÃO DO CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do **CONTRATANTE**, declaramos:
a) lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.
b)recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.
c) compreendemos os valores, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão.
d) estamos ciente que, caso haja plano vigente com a UNIMED-BH por qualquer beneficiário em data anterior a esta, o cancelamento deverá ser feito diretamente na UNIMED-BH pelo responsável legal do contrato anterior.

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

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

Belo Horizonte, 30 de OUTUBRO de 2018.

Dr. José Augusto Ferreira
Diretor de Provimento de Saúde

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Samuel Flam
Diretor-Presidente

Maria das Mercês Fróes
Diretora Comercial e de Relações Institucionais

Sérgio Murilo Diniz Braga
Presidente da CAA/MG

CAIXA DE ASSISTENCIA DOS ADVOGADOS DE MG

TESTEMUNHAS:

Gilberto Landes Robadel
Coordenador OAB SAÚDE
gilberto@caamg.com.br

Nome: Gilberto Landes Robadel
CPF: 817.514.786-53

Daiane Zeferino
Analista de Relacionamento

Nome: Daiane Zeferino
CPF: 088.710.716-89

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

GESTÃO JURÍDICA
Unimed
Belo Horizonte

Francielle ... Vasante de ...
Advogada Dept. Jurídico
OAB/MG 135.4

Thiago Henrique C. Maforte
Coordenador de Relacionamento e Negócios