Unimax Regional Adesão com Patrocinador Enfermaria

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão com patrocinador

Área de Atuação: Regional – área de atuação Unimed-BH

Padrão de Acomodação: Enfermaria

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Pagamento: Pós-pagamento **com cobrança de coparticipação psiquiátrica**

Rede: Ampla Unimed-BH

Registro na ANS: 459.581/09-5

Contrato Número:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação psiquiátrica,** aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE** para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.
1.2. É parte integrante deste contrato o Anexo I, no qual consta a relação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos da **UNIMED-BH** e a Proposta de Admissão de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes.
1.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s) tanto do sexo masculino quanto do feminino.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

2.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:
ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, da normatização, do controle e da fiscalização dos planos de saúde.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano.
ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA OPERADORA: é a área de atuação da operadora, definida em contrato.
ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO: é a área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito externo à internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.
BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta).
BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica contratante.
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.
CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.
CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
COPARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE** deve compartilhar com a operadora a cada evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de Admissão.
CONSULTA: é o ato realizado pelo médico assistente, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica definidas no item 4.1.
CONTRATADA: é a **UNIMED-BH**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e credenciados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente, por meio de seus médicos cooperados e credenciados, que utilizarão rede própria ou por ela contratada.
CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, qualificada na Proposta de Admissão, documento anexo deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para as pessoas que com ela mantém vínculo profissional, classista ou setorial.
CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH** acrescido do percentual de 15% (quinze por cento).
DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.
EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.
EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
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:

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

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

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

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

HOSPITAL DE ALTO CUSTO: são hospitais que possuem pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da tabela referência no Intercâmbio Nacional. Não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos

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

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele que utiliza lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros.

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

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

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

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

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

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

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

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos em substituição parcial ou total de um órgão ou membro para reproduzir sua forma e/ou sua função.
PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado e seus complementares entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.
PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.
PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo proponente, ou seja, aquele que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.
ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).
SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao **CONTRATANTE.**
TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
TERAPIAS: são procedimentos médicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.
UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
URGÊNCIA: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH**, dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de **Belo Horizonte, Baldim, Caeté, Confins, Contagem, Ibirité, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Nova Lima, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, Santana do Riacho, São José da Lapa, Vespasiano, Barão de Cocais, Catas Altas, Santa Bárbara, Pedro Leopoldo, Capim Branco e Matozinhos**, através de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial conforme guia médico do plano contratado, entregue ao **CONTRATANTE** no ato da contratação.
3.2. Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Unimed, de acordo com:
a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed's;
c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;
3.3. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os serviços de tabela própria e/ou de alto custo relacionadas na "Lista de serviços de tabela própria e/ou de alto custo" anexa, estão excluídos da cobertura deste contrato.

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

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

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

III - associações profissionais legalmente constituídas;

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

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

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

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

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

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

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

4.3. É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

4.3.1. recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que ela já tenha sido cumprida pelo beneficiário titular e que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.

Parágrafo Único: Para as crianças nascidas de parto coberto pela **UNIMED-BH**, não será alegado doença ou lesão preexistente, assim como será garantida a sua inscrição na **UNIMED-BH** sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial ou agravo, desde que sejam inscritas até 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento.

4.3.2. filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

5.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer a relação dos beneficiários a serem inscritos e seus respectivos dados cadastrais, conforme previsto na legislação vigente e nos padrões de arquivo

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

e/ou formulários definidos pela **UNIMED-BH,** bem como o comprovante de vinculação do beneficiário titular com o **CONTRATANTE**.

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

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

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

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

5.3. Quando for o caso e conforme critérios previstos na cláusula 11° (décima primeira) ficará a critério da **UNIMED-BH** a realização de entrevista prévia de admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como a solicitação, a qualquer tempo, de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

5.4. Não poderão ser inscritos nas coberturas deste contrato os beneficiários titulares do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiverem afastados do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, isenta de carências no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

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

a) o **CONTRATANTE** solicitar por escrito ou por meio eletrônico especifico (MEE) a exclusão;

b) o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;

c) houver prática de ato ilícito ou fraude ao plano;

d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**.

5.6. O **CONTRATANTE** também poderá rescindir o contrato do beneficiário, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

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

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

6.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços referenciados. Cabe a **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.
6.2. Ocorrendo a perda ou o extravio do cartão individual de identificação, o **CONTRATANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via. Neste caso a **UNIMED-BH** poderá cobrar pela emissão do novo cartão, conforme valor estabelecido na Proposta de Admissão, mediante negociação previa entre as partes.
6.3. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após a comunicação de sua perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro dos prazos previstos nas movimentações, sejam elas em papel ou meio eletrônico, feita pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a sua utilização indevida por terceiros.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO CONTRATADO

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

A **UNIMED-BH** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, das despesas de assistência médica e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, **em acomodação coletiva padrão enfermaria**, ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e de conformidade com os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, observadas as seguintes segmentações:

8.1. Cobertura Ambulatorial

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

8.1.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a seguinte abrangência:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião- dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas**;

c) cobertura dos procedimentos de fisioterapia, previstos no rol da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, a serem realizados por fisiatra ou fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

d) cobertura de consultas e sessões de fonoaudiologia, nutrição, e terapia ocupacional, limitada a 6 (seis) consultas/sessões por ano, conforme indicação médica, sendo a contagem anual feita com base no aniversário do contrato;

e) cobertura de sessões de psicoterapia, limitada a 12 (doze) sessões por ano, a serem realizadas por psicólogo ou médico devidamente habilitado, conforme indicação médica, sendo a contagem anual feita com base no aniversário do contrato;

f) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas**;

g) cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, observando-se que:

   1) quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **UNIMED-BH** desse ônus;
   2) fica garantida a remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
   3) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a **UNIMED-BH** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

h) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitada a 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de contrato**;

i) nos tratamentos de transtornos psiquiátricos, fica assegurado o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

   1) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD(diálise peritonial ambulatorial contínua);
   2) quimioterapia oncológica ambulatorial;

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

3) procedimentos de radioterapia descritos no Rol da ANS;
4) hemoterapia ambulatorial;
5) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
6) procedimentos ambulatoriais de hemodinâmica descritos no Rol da ANS.

8.2. Cobertura hospitalar

8.2.1. A cobertura hospitalar compreende a internação clínica, inclusive psiquiátrica ou cirúrgica, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, e os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

a) diárias de internação hospitalar, **em acomodação coletiva padrão enfermaria,** sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade em clinicas básicas especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que justificada pelo médico assistente e sujeita à auditoria médica local pela **UNIMED-BH**:
   1) a cobertura hospitalar contratada não inclui as despesas com alimentação do acompanhante, a não ser na hipótese da letra "k", do item 8.2.1;
   2) a internação para tratamento de transtornos mentais a que se refere a letra "x", do item 8.2.1, será feita em quarto privativo com 2 (dois) leitos.
b) exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, desde que acompanhados de justificativa do médico cooperado assistente, exceto os não cobertos por este contrato;
c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos.
d) medicamentos nacionais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente;
e) cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
f) serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
g) participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, caso haja indicação clinica.
h) utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
i) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinada pelo médico assistente;
j) alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital até a alta hospitalar e limitada aos recursos do estabelecimento;
k) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação médica, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar**;
l) remoção inter-hospitalar do beneficiário em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano, observando-se que:
   1) fica garantida a remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, no caso de o usuário estar cumprindo período de carência para internação;

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

2) fica garantida a remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, nos casos em que haja acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

m) cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou aos que sejam necessários à preservação da vida, de órgãos e funções, observado o seguinte:
   1) garantia de atendimento de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitado às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;
   2) garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência seja efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;
   3) garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que haja acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes;
   4) a urgência decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional ,será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
   5) Emergência: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
   6) Planejamento familiar previsto no Anexo I da RN 192/2009.

n) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme o rol da ANS ;

o) cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

p) cirurgia odontológica buço-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

q) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de execução em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar; incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

r) fornecimento de órteses e próteses e seus acessórios, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, e que tenham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

s) cobertura de procedimento de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96 e as orientações do Ministério da Saúde;
t) implante e fornecimento do dispositivo intrauterino (DIU), em seu modelo convencional não hormonal;
u) cobertura de cirurgia refrativa para beneficiários com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há, no mínimo, 1 (um) ano, nas seguintes situações:
    1) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 e -10,0, com ou sem astigmatismo beneficiário com grau até -4,0; ou
    2) hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo beneficiário com grau até 4,0.
v) transplantes de córnea e rim, bem como transplantes autólogos, e despesas com os procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos, incluindo:
    1) despesas assistenciais com doadores vivos;
    2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
    3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, e despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS;
    4) **os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção.**
w) estão incluídos na cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação:
    1) hemodiálise e diálise peritoneal – diálise peritonial ambulatorial contínua (CAPD);
    2) quimioterapia oncológica ambulatorial;
    3) procedimentos de radioterapia descritos no rol da ANS;
    4) hemoterapia;
    5) nutrição parenteral ou enteral;
    6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol da ANS;
    7) embolizações descritas no rol da ANS;
    8) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
    9) procedimentos de fisioterapia descritos no rol da ANS;
    10) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção;
    11) radiologia intervencionista.
x) tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. **A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão;**

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

y) serão garantidas aos portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item antecedente, até 8 (oito) semanas anuais de tratamento em hospital-dia. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, descritos na CID-10 e relacionados no artigo 5º, inciso II, da Resolução CONSU nº 11/98, a cobertura aqui descrita será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Em ambas as hipóteses, incidirá **participação financeira** no valor de 50% sobre o tratamento;

z) tratamento em hospital geral a portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. **A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão.**

Parágrafo único: Os valores de coparticipação referidos nas alíneas "y" e "z" serão aferidos através da tabela de referência da **UNIMED-BH**;

aa) as lesões auto infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em beneficiários portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

8.3. Cobertura de obstetrícia

8.3.1. A cobertura obstétrica compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observado o direito a um acompanhante indicado pela mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.

8.3.2. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, estando a beneficiária ainda cumprindo período de carência, a **UNIMED-BH** estará obrigada a tão somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na cobertura ambulatorial.

8.3.3. Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva para o recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto na cláusula quarta.

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

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

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

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

e) cirurgias para mudança de sexo;
f) atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
g) aplicação de vacinas preventivas;
h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;
i) tratamentos e cirurgias de inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo do DNA;
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, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, o que deverá ser justificado pelos laudos do médico assistente e do ortopedista, ficando ainda o beneficiário sujeito à auditoria médica da UNIMED-BH;
n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;
o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
t) implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica;
v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
y) procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;
z) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
bb) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

cc) produtos de toalete e higiene pessoal;
dd) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;
ee) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed Nacional;
ff) 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
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias;	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300(trezentos) dias

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

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

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

11.2. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no art. 13, da Lei 9.656/98.
11.3. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.
11.4. Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), o beneficiário preencherá o formulário de declaração de saúde, acompanhado da carta de orientação ao beneficiário, e poderá solicitar um médico para orientá-lo.
11.5. O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores própria ou por profissional credenciado pela **UNIMED-BH**, sem qualquer ônus para o beneficiário.
11.6. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da **UNIMED-BH**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
11.7. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.
11.8. É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **UNIMED-BH**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
11.9. Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **UNIMED-BH** oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo como opção à cobertura parcial temporária (CPT).
11.10. Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal;
11.11. Caso a **UNIMED-BH** não ofereça a CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de CPT ou agravo.
11.12. Na hipótese de CPT, a **UNIMED-BH** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente.
11.13. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *site* www.ans.gov.br
11.14. É vedada à **UNIMED-BH** a alegação de DLP decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br
ANS - Nº 34.388-9
Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

11.15. Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista pela Lei 9.656, de 1998.
11.16. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
11.17. O agravo, cujo oferecimento é facultativo, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do agravo e período de vigência dele.
11.18. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **UNIMED-BH** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.
11.19. Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.
11.20. A **UNIMED-BH** poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
11.21. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação;
11.22. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
11.23. Após julgamento, e acolhida alegação da **UNIMED-BH** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.
11.24. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e de rede própria, contratada ou conveniada conforme constante do guia médico do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed, **obedecidas:**
a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed´s;
c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;
12.2. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, e a guia de internação expedida pela **UNIMED-BH**.
12.3. Nos casos de urgência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da **UNIMED-BH** não se responsabilizar por quaisquer despesas.

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

12.4. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação em vigor emitido pela **UNIMED-BH**.
12.5. O prazo de internação será fixado pela **UNIMED-BH** e constará da guia expedida.
12.6. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à **UNIMED-BH** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente, com justificativa.
12.7. Os atendimentos com prazo de permanência de até 12 (doze) horas, **que** não requeiram pernoite, serão autorizados em regime de hospital-dia.
12.8. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar, excluindo-se as internações que necessitem de prorrogação ou os casos de intercorrência.
12.9. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
12.10. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
12.11. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **UNIMED-BH**, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
12.12. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.
12.13. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.
12.14. Será entregue ao **CONTRATANTE** o guia médico do plano contratado, editado pela **UNIMED-BH**, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados e credenciados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Unimed, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e credenciados e da rede **UNIMED-BH**, contratada ou credenciada.
12.15. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

13.1. A **UNIMED-BH** assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando não for, comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, exceto nos hospitais de tabela própria ou hospitais de alto custo.**
13.2. O reembolso será calculado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados da **UNIMED-BH**, vigente à data do evento, entregue ao **CONTRATANTE**. Ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:
a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br
ANS - Nº 34.388-9
Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

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

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;	0,00
de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	18,89
de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;	15,00
de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	15,00
de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;	16,00
de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;	16,00
de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	16,00
de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos de idade;	17,00
de 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos de idade;	34,00
59 (cinqüenta e nove) anos de idade ou mais;	56,00

14.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula décima sétima.

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

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

15.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-BH, em pós-pagamento,** por meio de *emissão* de fatura, o valor da mensalidade correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares ou dependentes, inscritos neste contrato, constantes na Proposta de Admissão, bem como taxa de inscrição, e eventuais valores de coparticipação psiquiátrica, que poderão ser cobradas em faturas distintas.
15.2. As faturas das mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação psiquiátricas serão pagos até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a **UNIMED-BH** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.
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 subseqüente.
15.4. As faturas emitidas pela **UNIMED-BH** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

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

15.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **UNIMED-BH** para que não se sujeite as conseqüências 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 mensal incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.
15.7. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, facultará a UNIMED-BH a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da UNIMED-BH denunciar o contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIATRICAS

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

a) internação psiquiátrica.

Parágrafo único: Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH**.
16.2. Por conta dos valores apurados na co-participação, será emitida fatura contra o **CONTRATANTE**, com vencimento dia 15 (quinze) de cada mês.

16.2.1 A **UNIMED-BH** poderá cobrar da **CONTRATANTE** as coparticipações de utilizações realizadas até 180 (cento e oitenta) dias da data do faturamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

17.1. Os valores de mensalidade deste contrato serão reajustados e informados à Agência Nacional de Saúde Suplementar no final de cada vigência anual pelo IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.
17.2. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior, estes serão aplicados imediatamente a este contrato.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

17.3. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato o reajuste previsto no item anterior poderá ser substituído e devidamente aplicado a fórmula do *índice de utilização, que denota o percentual da receita que está comprometido com o pagamento do custo assistencial.

17.3.1 – Cálculo do Índice de Utilização

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

IU = Índice de Utilização
Custo assistencial total = Soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde.
Outros Custos Assistenciais = Reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas ANS, serviço de monitoramento a clientes.
Receita Total = Faturamento com Assistência Médica (+) receitas de co-participação (-) redutores da receita
Redutores da Receita = receitas canceladas e descontos concedidos.

17.3.2. Caso o Índice de Utilização esteja superior a 75% (setenta e cinco por cento) das receitas auferidas no período referência, ajustam as partes que a recomposição do preço será feita com a aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula abaixo sobre a receita do contrato, visando seu reequilíbrio.

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

IU apurado = aplicação da fórmula prevista no item 17.3.1 deste contrato.
IU estabelecido = fixo em 75% (setenta e cinco por cento).

17.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

18.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir do 10º (décimo) mês de vigência, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor para a renovação.
18.2. Considera-se como data do início de vigência a data pactuada entre as partes e constante da Proposta de Admissão.
18.3. Ocorrendo o cancelamento durante o período mínimo de vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula décima nona.

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

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

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

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

19.3. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:
a) a responsabilidade da **UNIMED-BH** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, não correndo as despesas, a partir daí, por conta da **UNIMED-BH**;
b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

19.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, quaisquer despesas decorrentes de coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

20.2. O CONTRATANTE, por si e pelos seus beneficiários, autoriza a UNIMED-BH a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde. Considerando a importância da proteção do sigilo médico por profissional habilitado e registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, as informações médicas relativas à assistência prestada aos beneficiários são de responsabilidade do coordenador

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

médico de informações em saúde da UNIMED-BH, nos termos da Resolução ANS/RDC n.º 64/01.

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

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

20.5. 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**;

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

1) a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
2) nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **UNIMED-BH** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
3) na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED-BH**, durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **UNIMED-BH** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

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

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

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

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

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

20.12. Fica eleito o foro da sede da **UNIMED-BH** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do CONTRATANTE, declaramos:

a) **Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.**
b) **Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.**
c) **Compreendemos os valores e suas tabelas indicativas, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão e aplicação da multa dentro do período mínimo de vigência e do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**
d) **Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.**
e) **Estamos cientes de que empresas que contratam cooperativas de trabalho médico na área de saúde são responsáveis pelo recolhimento do INSS, conforme Lei 9.876/99.**
f) **Estamos ciente que, caso haja plano vigente com a UNIMED-BH por qualquer beneficiário em data anterior a esta, o cancelamento deverá ser feito diretamente na UNIMED-BH pelo responsável legal do contrato anterior.**

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, 18 de Março de 2010

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Helton Freitas
Diretor-Presidente

Dr. Orestes Miraglia Júnior
Diretor Comercial

CONTRATANTE
Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

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

"Lista de serviços de tabela própria e/ou de alto custo"

UNIMED CONTRATANTE	PRESTADOR	MUNICIPIO	UF
UNIMED ABC	HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A	SAO BERNARDO DO CAMPO	SP
UNIMED ABC	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	SANTO ANDRE	SP
UNIMED BRASILIA	LABORATORIO SABIN DE ANALISE CLIN LTDA	BRASILIA	DF
UNIMED BRASILIA	FUNDACAO ZERBINI	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HCB - HOSPITAL DAS CLINICAS DE BRASILIA	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HCBR - HOSPITAL DO CORAÇÃO DO BRASIL S A	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL ANCHIETA	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL SANTA LUCIA S/A	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL SAO LUCAS - BRASILIA	BRASILIA	DF
UNIMED FEIRA DE SANTANA	CLINICA MAX IMAGEM LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED FEIRA DE SANTANA	HEMOCENTER LAB DE ANAL CL LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED FEIRA DE SANTANA	ION INSTIT DE ONCOLOGIA DA BAHIA LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED JEQUIÉ	SERV DE TOMO COMPUT DE JEQUIE LTDA	JEQUIE	BA
UNIMED JEQUIÉ	SONIMED ULTRA SON S C LTDA	JEQUIE	BA
UNIMED JOINVILLE	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	JOINVILLE	SC
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	BENEF MEDICA BRASILEIRA S/A HOSP E MATER	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSP ALEMAO OSWALDO CRUZ	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL CIDADE JARDIM LTDA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE ANALIA FRANCO S/A	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP.SIRIO LIBANES	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULO AFONSO	FISIOFONO REABILIATACAO S S	PAULO AFONSO	BA
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED RECIFE	HOSPITAL ESPERANÇA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL SANTA JOANA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	REAL HOSPITAL PORTUGUES	RECIFE	PE
UNIMED RIO	CASA DE S LARANJEIRAS LDTA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE S STA LUCIA S A	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SAO JOSE - HUMAITA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CL PED DA BARRA LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	DH DAY HOSPITAL S C LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	FMG EMPREENDIMENTOS HOSPITALARES LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL BARRA D OR - MEDISE LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL INTEGRADOS DA GAVEA - SAO VICEN	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL SAMARITANO - CL MED CIR BOT	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	PRO CARDIACO PRONTO SOCORRO CARDIOLOGICO	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	SOC BENEFICENTE ISRAELITA DO RJ	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	BABY LAB - LABORATORIOS CLINICOS	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	BIOANALISES-LABORATORIO DE ANALISES DIAG	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINALISE	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA DE NEFROLOGIA DE JUAZEIRO LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA DE OLHOS SANTA CLARA S/C	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA UROLOGICA S/S LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	EMBRIO LAB	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	EQUILIBRIUM CLINICA DE FISIOTERAPIA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LABOR DRA MARIA HELENA LIMA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LABOR.EXAME-CENTRO DE PESQ.ESPEC	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LITHOCENTER DO VALE S/C LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	MUCCINI E GUEDES S C LTDA - 1272	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALENÇA	BIOLABOR LABORATORIO DE A CLINICAS	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CENTRO VIRGILIO DAMASIO	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLIFIORT	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	CLIMAV CLINICA MEDICA AMBULATORIA DE VCA	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLIMEFISIO CLIN ESTET E FISIOTERAP	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLINICA MEDICA SANTO ANDRE CLISA	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	GOT GANDU ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	IFORT INST DE FIS ORT E TRAUMATOLOG S C	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	LABIO LAB BIOQUIMICO DE GANDU	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO ARAGAO	CAMAMU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO DE P CLINICA GANDUENSE LTDA	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO SANTO ANDRE	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	LACLIG LAB DE A C DE GANDU	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LACLIV	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	POLICLINICA ITUBERA	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	PRO SAUDE ASSIST MEDICA ESPECIAL	VALENCA	BA

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

Unimax Regional Adesão com Patrocinador

Apartamento

Tipo de Contratação: Coletivo por adesão com patrocinador

Área de Atuação: Regional – área de atuação Unimed-BH

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Pagamento: Pós – Pagamento **com cobrança de coparticipação psiquiátrica**

Rede: Ampla Unimed-BH

Registro na ANS: 459.624/09-2

Contrato Número:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médica hospitalar**, com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação psiquiátrica,** aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE** para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.
1.2. É parte integrante deste contrato o Anexo I, no qual consta a relação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos da **UNIMED-BH** e a Proposta de Admissão de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes.
1.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s) tanto do sexo masculino quanto do feminino.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

2.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:
ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): é a autarquia encarregada da regulação, da normatização, do controle e da fiscalização dos planos de saúde.
AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA OPERADORA: é a área de atuação da operadora, definida em contrato.
ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO: é a área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito externo à internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.
ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante em decorrência de gravidez, parto, aborto e suas consequências.
BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta).
BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica contratante.
BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.
CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.
CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.
COPARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE** deve compartilhar com a operadora a cada evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de Admissão.
CONSULTA: é o ato realizado pelo médico assistente, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com a pessoa jurídica definidas no item 4.1
CONTRATADA: é a **UNIMED-BH**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e credenciados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente, por meio de seus médicos cooperados e credenciados, que utilizarão rede própria ou por ela contratada.
CONTRATANTE: é a pessoa jurídica, qualificada na Proposta de Admissão, documento anexo deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para as pessoas que com ela mantém vínculo profissional, classista ou setorial.
CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH** acrescido do percentual de 15% (quinze por cento).
DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.
EMERGÊNCIA: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário.
EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXAMES BÁSICOS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames básicos de diagnóstico e terapia para efeito de carência: (a) análises clínicas; (b) biópsia; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional; (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica;

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

(h) endoscopia diagnóstica; (i) exames radiológicos; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) inaloterapia; (o) potencial evocado; (p) prova de função pulmonar; (q) ultrassonografia.

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

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

HOSPITAL DE ALTO CUSTO: são hospitais que possuem pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da tabela referência no Intercâmbio Nacional. Não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos

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

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele que utiliza lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros.

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

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

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

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

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

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

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

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos em substituição parcial ou total de um órgão ou membro para reproduzir sua forma e/ou sua função.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado e seus complementares entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.
PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato médico não considerado de urgência ou emergência e que, por isso, pode ser programado.
PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo proponente, ou seja, aquele que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.
ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).
SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao **CONTRATANTE.**
TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
TERAPIAS: são procedimentos médicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.
UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
URGÊNCIA: assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH**, dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de **Belo Horizonte, Baldim, Caeté, Confins, Contagem, Ibirité, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Nova Lima, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, Santana do Riacho, São José da Lapa, Vespasiano, Barão de Cocais, Catas Altas, Santa Bárbara, Pedro Leopoldo, Capim Branco e Matozinhos**, através de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial conforme guia médico do plano contratado, entregue ao **CONTRATANTE** no ato da contratação.
3.2. Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Unimed, de acordo com:
a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed´s;
c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;
3.3. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os serviços de tabela própria e/ou de alto custo relacionadas na "Lista de serviços de tabela própria e/ou de alto custo" anexa, estão excluídos da cobertura deste contrato.

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

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

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

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

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

III - associações profissionais legalmente constituídas;

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

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

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

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

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

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

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

4.3. É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

4.3.1. recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que ela já tenha sido cumprida pelo beneficiário titular e que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.

Parágrafo Único: Para as crianças nascidas de parto coberto pela **UNIMED-BH**, não será alegado doença ou lesão preexistente, assim como será garantida a sua inscrição na **UNIMED-BH** sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial ou agravo, desde que sejam inscritas até 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento.

4.3.2. filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

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

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

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

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

5.3. Quando for o caso e conforme critérios previstos na cláusula 11° (décima primeira) ficará a critério da **UNIMED-BH** a realização de entrevista prévia de admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como a solicitação, a qualquer tempo, de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

5.4. Não poderão ser inscritos nas coberturas deste contrato os beneficiários titulares do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiverem afastados do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, isenta de carências no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

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

a) o **CONTRATANTE** solicitar por escrito ou por meio eletrônico específico (MEE) a exclusão;

b) o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;

c) houver prática de ato ilícito ou fraude ao plano;

d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**.

5.6. O **CONTRATANTE** também poderá rescindir o contrato do beneficiário, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

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

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

reconhecido, assegurará o acesso do beneficiário aos serviços referenciados. Cabe a **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários.

6.2. Ocorrendo a perda ou o extravio do cartão individual de identificação, o **CONTRATANTE** deverá solicitar, por escrito, a emissão de segunda via. Neste caso a **UNIMED-BH** poderá cobrar pela emissão do novo cartão, conforme valor estabelecido na Proposta de Admissão, mediante negociação previa entre as partes.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO CONTRATADO

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

7.2. Este contrato é 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

A **UNIMED-BH** cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, das despesas de assistência médica e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, **em acomodação individual padrão apartamento**, ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e de conformidade com os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigentes à época do evento, observadas as seguintes segmentações:

8.1. Cobertura Ambulatorial

8.1.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, definidos e listados

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a seguinte abrangência:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião- dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas**;

c) cobertura dos procedimentos de fisioterapia, previstos no rol da ANS, em número ilimitado de sessões por ano, a serem realizados por fisiatra ou fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

d) cobertura de consultas e sessões de fonoaudiologia, nutrição, e terapia ocupacional, limitada a 6 (seis) consultas/sessões por ano, conforme indicação médica, sendo a contagem anual feita com base no aniversário do contrato;

e) cobertura de sessões de psicoterapia, limitada a 12 (doze) sessões por ano, a serem realizadas por psicólogo ou médico devidamente habilitado, conforme indicação médica, sendo a contagem anual feita com base no aniversário do contrato;

f) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas**;

g) cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação, observando-se que:

   1) quando não possa haver remoção por risco de morte, o beneficiário e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **UNIMED-BH** desse ônus;
   2) fica garantida a remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
   3) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente do SUS, a **UNIMED-BH** estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

h) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitada a 12 (doze) sessões não cumulativas por ano de contrato**;

i) nos tratamentos de transtornos psiquiátricos, fica assegurado o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de morte ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

j) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

   1) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD(diálise peritonial ambulatorial contínua);
   2) quimioterapia oncológica ambulatorial;
   3) procedimentos de radioterapia descritos no Rol da ANS;
   4) hemoterapia ambulatorial;

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

5) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
6) procedimentos ambulatoriais de hemodinâmica descritos no Rol da ANS.

8.2. Cobertura hospitalar

8.2.1. A cobertura hospitalar compreende a internação clínica, inclusive psiquiátrica ou cirúrgica, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, e os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

a) diárias de internação hospitalar, **em acomodação coletiva padrão apartamento,** sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade em clinicas básicas especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, desde que justificada pelo médico assistente e sujeita à auditoria médica local pela **UNIMED-BH**:
   1) a cobertura hospitalar contratada não inclui as despesas com alimentação do acompanhante, a não ser na hipótese da letra "k", do item 8.2.1;
   2) a internação para tratamento de transtornos mentais a que se refere a letra "x", do item 8.2.1, será feita em quarto privativo com 2 (dois) leitos.
b) exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, desde que acompanhados de justificativa do médico cooperado assistente, exceto os não cobertos por este contrato;
c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos.
d) medicamentos nacionais, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente;
e) cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
f) serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
g) participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, caso haja indicação clinica.
h) utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
i) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, quando determinada pelo médico assistente;
j) alimentação específica ou normal, fornecida pelo hospital até a alta hospitalar e limitada aos recursos do estabelecimento;
k) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação médica, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar**;
l) remoção inter-hospitalar do beneficiário em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano, observando-se que:
   1) fica garantida a remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, no caso de o usuário estar cumprindo período de carência para internação;
   2) fica garantida a remoção para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como de urgência e emergência, nos casos em que haja acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes.

m) cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, ou aos que sejam necessários à preservação da vida, de órgãos e funções, observado o seguinte:
   1) garantia de atendimento de urgência e emergência referente ao processo gestacional, limitado às primeiras 12 (doze) horas, durante o cumprimento dos períodos de carência;
   2) garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência seja efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;
   3) garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que haja acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes;
   4) a urgência decorrente de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional ,será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
   5) Emergência: é o evento, caracterizado em declaração do médico assistente, que implica risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
   6) Planejamento familiar previsto no Anexo I da RN 192/2009.

n) cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme o rol da ANS ;

o) cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários ao tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

p) cirurgia odontológica buço-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

q) cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de execução em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar; incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

r) fornecimento de órteses e próteses e seus acessórios, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, e que tenham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

s) cobertura de procedimento de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que seguidas as diretrizes da Lei 9.263/96 e as orientações do Ministério da Saúde;

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

t) implante e fornecimento do dispositivo intrauterino (DIU), em seu modelo convencional não hormonal;
u) cobertura de cirurgia refrativa para beneficiários com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há, no mínimo, 1 (um) ano, nas seguintes situações:
   1) miopia moderada e grave, de graus entre -5,0 e -10,0, com ou sem astigmatismo beneficiário com grau até -4,0; ou
   2) hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo beneficiário com grau até 4,0.
v) transplantes de córnea e rim, bem como transplantes autólogos, e despesas com os procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos, incluindo:
   1) despesas assistenciais com doadores vivos;
   2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
   3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção, e despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS;
   4) **os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o beneficiário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção**.
w) estão incluídos na cobertura os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada durante a internação:
   1) hemodiálise e diálise peritoneal – diálise peritonial ambulatorial contínua (CAPD);
   2) quimioterapia oncológica ambulatorial;
   3) procedimentos de radioterapia descritos no rol da ANS;
   4) hemoterapia;
   5) nutrição parenteral ou enteral;
   6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no rol da ANS;
   7) embolizações descritas no rol da ANS;
   8) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
   9) procedimentos de fisioterapia descritos no rol da ANS;
   10) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção;
   11) radiologia intervencionista.
x) tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral. **A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão;**
y) serão garantidas aos portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item antecedente, até 8 (oito) semanas anuais de tratamento em hospital-dia. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98,

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

descritos na CID-10 e relacionados no artigo 5º, inciso II, da Resolução CONSU nº 11/98, a cobertura aqui descrita será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Em ambas as hipóteses, incidirá **participação financeira** no valor de 50% sobre o tratamento;

z) tratamento em hospital geral a portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. **A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE conforme informado na Proposta de Admissão.**

Parágrafo único: Os valores de coparticipação referidos nas alíneas "y" e "z" serão aferidos através da tabela de referência da **UNIMED-BH**;

aa) as lesões auto infligidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em beneficiários portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

8.3. Cobertura de obstetrícia

8.3.1. A cobertura obstétrica compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH**, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observado o direito a um acompanhante indicado pela mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.

8.3.2. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, estando a beneficiária ainda cumprindo período de carência, a **UNIMED-BH** estará obrigada a tão somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na cobertura ambulatorial.

8.3.3. Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva para o recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto na cláusula quarta.

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

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

a) **consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;**
b) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
c) **exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;**
d) **cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;**
e) **cirurgias para mudança de sexo;**
f) **atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;**

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

g) aplicação de vacinas preventivas;
h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;
i) tratamentos e cirurgias de inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo do DNA;
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, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, o que deverá ser justificado pelos laudos do médico assistente e do ortopedista, ficando ainda o beneficiário sujeito à auditoria médica da UNIMED-BH;
n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar;
o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
t) implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos;
u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica;
v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
x) identificação de cadáveres ou restos mortais;
y) procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;
z) despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias bucomaxilofaciais que necessitem de ambiente hospitalar e os procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar;
aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
bb) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;
cc) produtos de toalete e higiene pessoal;
dd) serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

ee) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
ff) 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
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias;	180 (cento e oitenta) dias
Exames especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Diálise, hemodiálise e fisioterapia	180 (cento e oitenta) dias
Internações	180 (cento e oitenta) dias
Demais procedimentos e terapias	180 (cento e oitenta) dias
Partos a termo	300(trezentos) dias

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

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

11.2. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude,

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

ficando sujeito à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no art. 13, da Lei 9.656/98.

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

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

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

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

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

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

11.9. Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **UNIMED-BH** oferecerá a cobertura parcial temporária e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo como opção à cobertura parcial temporária (CPT).

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

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

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

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

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

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

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

11.16. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
11.17. O agravo, cujo oferecimento é facultativo, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do agravo e período de vigência dele.
11.18. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **UNIMED-BH** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.
11.19. Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.
11.20. A **UNIMED-BH** poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.
11.21. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação;
11.22. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.
11.23. Após julgamento, e acolhida alegação da **UNIMED-BH** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.
11.24. Não haverá a negativa de cobertura sob a alegação de DLP, bem como a suspensão ou rescisão unilateral do contrato até a publicação, pela ANS, do encerramento do processo administrativo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e de rede própria, contratada ou conveniada conforme constante do guia médico do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed, **obedecidas:**
a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
b) a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed´s;
c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;
12.2. As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, e a guia de internação expedida pela **UNIMED-BH**.
12.3. Nos casos de urgência, o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da **UNIMED-BH** não se responsabilizar por quaisquer despesas.
12.4. Os beneficiários deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação em vigor emitido pela **UNIMED-BH**.
12.5. O prazo de internação será fixado pela **UNIMED-BH** e constará da guia expedida.

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

12.6. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à **UNIMED-BH** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente, com justificativa.
12.7. Os atendimentos com prazo de permanência de até 12 (doze) horas, **que** não requeiram pernoite, serão autorizados em regime de hospital-dia.
12.8. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar, excluindo-se as internações que necessitem de prorrogação ou os casos de intercorrência.
12.9. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
12.10. Na hipótese do beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.
12.11. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **UNIMED-BH**, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
12.12. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.
12.13. Para todos os efeitos será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de sete dias da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.
12.14. Será entregue ao **CONTRATANTE** o guia médico do plano contratado, editado pela **UNIMED-BH**, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados e credenciados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema Unimed, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e credenciados e da rede **UNIMED-BH**, contratada ou credenciada.
12.15. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

13.1. A **UNIMED-BH** assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, **nos casos exclusivos de urgência ou emergência, dentro do território nacional, quando não for, comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, exceto nos hospitais de tabela própria ou hospitais de alto custo.**
13.2. O reembolso será calculado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados da **UNIMED-BH**, vigente à data do evento, entregue ao **CONTRATANTE**. Ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
b) relatório do médico assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br
ANS - Nº 34.388-9
Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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;	0,00
de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;	18,89
de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;	15,00
de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;	15,00
de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;	16,00
de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;	16,00
de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;	16,00
de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos de idade;	17,00
de 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos de idade;	34,00
59 (cinqüenta e nove) anos de idade ou mais;	56,00

14.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula décima sétima.

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 pós-pagamento,** por meio de emissão de fatura, o valor da mensalidade correspondente a cada faixa etária dos beneficiários, titulares ou dependentes, inscritos neste contrato, constantes na Proposta de Admissão, bem

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

como taxa de inscrição, e eventuais valores de coparticipação psiquiátricas, que poderão ser cobradas em faturas distintas.

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

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 subseqüente.

15.4. As faturas emitidas pela **UNIMED-BH** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis.

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

15.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na **UNIMED-BH** para que não se sujeite às conseqüências 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 mensal incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIATRICA

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

a) internação psiquiátrica.

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

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

16.2.1 A **UNIMED-BH** poderá cobrar da **CONTRATANTE** as coparticipações de utilizações realizadas até 180 (cento e oitenta) dias da data do faturamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

17.1. Os valores de mensalidade deste contrato serão reajustados e informados à Agência Nacional de Saúde Suplementar no final de cada vigência anual pelo IGP-M (Índice Geral de Preços de Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.

17.2. Caso novos critérios legais venham a autorizar reajustes em período inferior, estes serão aplicados imediatamente a este contrato.

17.3. Para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato o reajuste previsto no item anterior poderá ser substituído e devidamente aplicado a fórmula do *índice de utilização, que denota o percentual da receita que está comprometido com o pagamento do custo assistencial.

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

17.3.1 – Cálculo do Índice de Utilização

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

IU = Índice de Utilização
Custo assistencial total = Soma do custo de utilização do plano em Belo Horizonte, do custo de utilização fora de Belo Horizonte, dos outros custos assistenciais e dos custos com Projetos de Promoção da Saúde.
Outros Custos Assistenciais = Reembolso de procedimentos, apropriação de médicos prestadores de serviço alocados na empresa, internação domiciliar, taxas ANS, serviço de monitoramento a clientes.
Receita Total = Faturamento com Assistência Médica (+) receitas de co-participação (-) redutores da receita
Redutores da Receita = receitas canceladas e descontos concedidos.

17.3.2. Caso o Índice de Utilização esteja superior a 75% (setenta e cinco por cento) das receitas auferidas no período referência, ajustam as partes que a recomposição do preço será feita com a aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula abaixo sobre a receita do contrato, visando seu reequilíbrio.

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

IU apurado = aplicação da fórmula prevista no item 17.3.1 deste contrato.
IU estabelecido = fixo em 75% (setenta e cinco por cento).

17.4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

18.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir do 10º (décimo) mês de vigência, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor para a renovação.
18.2. Considera-se como data do início de vigência a data pactuada entre as partes e constante da Proposta de Admissão.
18.3. Ocorrendo o cancelamento durante o período mínimo de vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula décima nona.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

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

O contrato também poderá ser cancelado:

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

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

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

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

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

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

b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

19.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, quaisquer despesas decorrentes de coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

20.2. O CONTRATANTE, por si e pelos seus beneficiários, autoriza a UNIMED-BH a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde. Considerando a importância da proteção do sigilo médico por profissional habilitado e registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, as informações médicas relativas à assistência prestada aos beneficiários são de responsabilidade do coordenador médico de informações em saúde da UNIMED-BH, nos termos da Resolução ANS/RDC n.º 64/01.

Angelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

Angelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

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

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

20.5. 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**;

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

1) a substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
2) nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **UNIMED-BH** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
3) na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED-BH**, durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **UNIMED-BH** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

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

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

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

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

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

20.12. Fica eleito o foro da sede da **UNIMED-BH** para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do CONTRATANTE, declaramos:

a) **Lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato.**
b) **Recebemos pessoalmente do vendedor as informações, e todas as dúvidas por nós manifestadas foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que firmamos a presente contratação.**
c) **Compreendemos os valores e suas tabelas indicativas, as condições de pagamento, as formas de reajuste, as possibilidades de rescisão e aplicação da multa dentro do período mínimo de vigência e do aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**
d) **Estamos cientes de que, em casos de alegação de doenças e lesões preexistentes, haverá cobertura parcial temporária.**
e) **Estamos cientes de que empresas que contratam cooperativas de trabalho médico na área de saúde são responsáveis pelo recolhimento do INSS, conforme Lei 9.876/99.**
f) **Estamos ciente que, caso haja plano vigente com a UNIMED-BH por qualquer beneficiário em data anterior a esta, o cancelamento deverá ser feito diretamente na UNIMED-BH pelo responsável legal do contrato anterior.**

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, 18 de março de 2010.

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Helton Freitas
Diretor-Presidente

Dr. Orestes Miraglia Júnior
Diretor Comercial

CONTRATANTE
Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

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

Av. Francisco Sales, 1483, Santa Efigênia, CEP 30150-221
Belo Horizonte-MG | 0800 30 30 03 | Fax (31) 3229 6020
www.unimedbh.com.br

ANS - Nº 34.388-9

"Lista de serviços de tabela própria e/ou de alto custo"

UNIMED CONTRATANTE	PRESTADOR	MUNICIPIO	UF
UNIMED ABC	HOSP E MATERN ASSUNCAO S/A	SAO BERNARDO DO CAMPO	SP
UNIMED ABC	HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	SANTO ANDRE	SP
UNIMED BRASÍLIA	LABORATORIO SABIN DE ANALISE CLIN LTDA	BRASILIA	DF
UNIMED BRASÍLIA	FUNDACAO ZERBINI	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HCB - HOSPITAL DAS CLINICAS DE BRASILIA	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HCBR - HOSPITAL DO CORAÇAO DO BRASIL S A	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL ANCHIETA	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL SANTA LUCIA S/A	BRASILIA	DF
UNIMED CONFEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE E TOCANTINS	HOSPITAL SAO LUCAS - BRASILIA	BRASILIA	DF
UNIMED FEIRA DE SANTANA	CLINICA MAX IMAGEM LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED FEIRA DE SANTANA	HEMOCENTER LAB DE ANAL CL LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED FEIRA DE SANTANA	ION INSTIT DE ONCOLOGIA DA BAHIA LTDA	FEIRA DE SANTANA	BA
UNIMED JEQUIÉ	SERV DE TOMO COMPUT DE JEQUIE LTDA	JEQUIE	BA
UNIMED JEQUIÉ	SONIMED ULTRA SON S C LTDA	JEQUIE	BA
UNIMED JOINVILLE	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	JOINVILLE	SC
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	BENEF MEDICA BRASILEIRA S/A HOSP E MATER	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL CIDADE JARDIM LTDA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE ANALIA FRANCO S/A	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL NOVE DE JULHO S/A	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	PRONTO SOCORRO INFANTIL SABARA SA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP SIRIO LIBANES	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULISTANA	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	SAO PAULO	SP
UNIMED PAULO AFONSO	FISIOFONO REABILIATACAO S S	PAULO AFONSO	BA
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	PORTO ALEGRE	RS
UNIMED RECIFE	HOSPITAL ESPERANÇA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	HOSPITAL SANTA JOANA	RECIFE	PE
UNIMED RECIFE	REAL HOSPITAL PORTUGUES	RECIFE	PE
UNIMED RIO	CASA DE S LARANJEIRAS LDTA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE S STA LUCIA S A	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SAO JOSE - HUMAITA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	CL PED DA BARRA LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	DH DAY HOSPITAL S C LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	FMG EMPREENDIMENTOS HOSPITALARES LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSP PASTEUR MEIER MEDICAL	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL BARRA D OR - MEDISE LTDA	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL INTEGRADOS DA GAVEA - SAO VICEN	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	HOSPITAL SAMARITANO - CL MED CIR BOT	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	PRO CARDIACO PRONTO SOCORRO CARDIOLOGICO	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED RIO	SOC BENEFICENTE ISRAELITA DO RJ	RIO DE JANEIRO	RJ
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	BABY LAB - LABORATORIOS CLINICOS	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	BIOANALISES-LABORATORIO DE ANALISES DIAG	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINALISE	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA DE NEFROLOGIA DE JUAZEIRO LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA DE OLHOS SANTA CLARA S/C	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	CLINICA UROLOGICA S/S LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	EMBRIO LAB.	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	EQUILIBRIUM CLINICA DE FISIOTERAPIA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LABOR DRA MARIA HELENA LIMA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LABOR EXAME-CENTRO DE PESQ ESPEC	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	LITHOCENTER DO VALE S/C LTDA	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	MUCCINI E GUEDES S C LTDA - 1272	JUAZEIRO	BA
UNIMED VALENÇA	BIOLABOR LABORATORIO DE A CLINICAS	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CENTRO VIRGILIO DAMASIO	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLIFIORT	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	CLIMAV CLINICA MEDICA AMBULATORIA DE VCA	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLIMEFISIO CLIN ESTET E FISIOTERAP	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	CLINICA MEDICA SANTO ANDRE CLISA	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	GOT GANDU ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	IFORT INST DE FIS ORT E TRAUMATOLOG S C	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	LABIG LAB BIOQUIMICO DE GANDU	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO ARAGAO	CAMAMU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO DE P CLINICA GANDUENSE LTDA	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LABORATORIO SANTO ANDRE	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	LACLIG LAB DE A C DE GANDU	GANDU	BA
UNIMED VALENÇA	LACLIV	VALENCA	BA
UNIMED VALENÇA	POLICLINICA ITUBERA	ITUBERA	BA
UNIMED VALENÇA	PRO SAUDE ASSIST MEDICA ESPECIAL	VALENCA	BA

Ângelo Augusto Flores de Carvalho
Presidente / ASSEMP