



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico
 CGC: 16.513.178/0001-76
 Produto: Unimed Pleno Adesão Apartamento
 Nº de registro na ANS: 34.388-9
 Nº de registro do produto: 470.354/13-5
 Site: <http://www.unimedbh.com.br>
 Tel.: 0800 030 30 03
 Proposta: 37154

Guia de Leitura Contratual

Página
do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: refeência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	07
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	07
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	10
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	14
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	15

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	16
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	9 17 22 26
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	25
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	25
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	23
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	X

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

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



Agência Nacional de
Saúde Suplementar

Ministério
da Saúde



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

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

Unimed Pleno Adesão Apartamento

Tipo de Contratação: Adesão

Área de Atuação: Regional – Belo Horizonte, Betim e Contagem

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Pagamento: Pré-pagamento com cobrança de coparticipação

Rede: Unimed Pleno

Registro na ANS: 470.354.13-5

Contrato Número: 37154

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO

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

1.1.1. O produto ora contratado privilegia a atenção primária a saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico escolhido na Porta de Entrada do serviço, conforme definido e delimitado neste contrato.

1.2. É parte integrante deste contrato para todos os efeitos de direito, 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 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.

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

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

AGENTES POLÍTICOS: são os titulares dos cargos estruturais à organização política do País.

AGRUPAMENTO DE CONTRATOS: medida obrigatória, imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles, agrupando contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários para reajuste pelo mesmo critério.

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.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada

à maior parte das necessidades de saúde de uma determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na UNIMED-BH pelo CONTRATANTE, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula quarta.

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

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

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

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

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

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 integrante deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados e/ou estatutários.

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

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

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

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 de 15% (quinze por cento) a título de taxa de administração.

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

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

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

ESTÁGIO: é a atividade prestada comumente por estudantes, nas empresas ou repartições públicas, visando ao aprimoramento profissional na sua área de estudo. O contrato é celebrado entre o estudante e o tomador, com a intervenção da instituição de ensino.

ESTATUTÁRIOS: ocupantes de cargos públicos providos por concurso público, nos moldes do artigo 37, II, da Constituição Federal, e que são regidos por um estatuto, definidor de direitos e obrigações.

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; (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 em cores e doppler colorido; (j) eletrocardiografia dinâmica holter; (k) radiologia intervencionista; (l) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiografias); (m) videoendoscopia diagnóstica; (n) sialografia; (o) tococardiografia; (p) ecocardiograma uni e bidimensional com doppler convencional.

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

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem pagamento diferenciado de honorários médicos e SADT, praticam múltiplos da Tabela de Referência no Intercâmbio Nacional e não aceitam as regras do Colégio Nacional de Auditores Médicos.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: são hospitais, clínicas e laboratórios que utilizam lista própria de preços e procedimentos, não se sujeitando à tabela de referência de terceiros e não compõem a rede credenciada ou referenciada da UNIMED-BH.

HOSPITAL-DIA: é aquele próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, 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.

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 que integre o sistema. Todo o processo respeita a estrutura física, oferta de prestadores/cooperados e forma de atendimento de cada singular.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação que requer internação do beneficiário no estabelecimento hospitalar por mais de 12 (doze) horas, 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/ou procedimentos realizados.

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

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

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

MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL: definição da mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para empregados.

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

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

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido na cláusula de reajuste, em que são identificados todos os contratos que possuam menos de 30 (trinta) beneficiários, para que sobre ele incida o mesmo critério de reajuste.

PERÍODO DE CÁLCULO DE REAJUSTE: período definido na cláusula de reajuste em que o reajuste do agrupamento de

contratos é calculado devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data de divulgação do reajuste.

PERÍODO DE APLICAÇÃO DE REAJUSTE: em caso de agrupamento de contratos com menos de 30 (trinta) beneficiários, é o período compreendido entre maio e abril, considerando-se que o índice a ser aplicável sempre será divulgado no mês de maio.

PORTA DE ENTRADA DOS SERVIÇOS: Unidade definida no Guia de Rede do plano contrato (CLÍNICA UNIMED PLENO), composta por médicos das especialidades de saúde da família, clínicos gerais, ginecologistas e obstetras para onde deve se dirigir o beneficiário para o primeiro atendimento e avaliação (excetuada urgência e emergência) e, onde, caso seja necessário, seja feito o encaminhamento para especialistas ou para procedimentos complementares.

PÓS-PARTO IMEDIATO: nos termos da legislação vigente da ANS, entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente.

PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado e seus complementos, 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.

PROCEDIMENTOS DE COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado valor de coparticipação, sendo que a listagem de procedimentos e sua classificação está disponível no "site" da Contratada.

PROCEDIMENTOS DE COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado valor de coparticipação.

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

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

ROL DE PROCEDIMENTOS: é a lista editada pela ANS que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela Lei 9.656/1998, obedecidas as suas segmentações discriminadas no presente contrato.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, 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.

TRABALHO TEMPORÁRIO: é aquele prestado por pessoa física ao CONTRATANTE, para atender à necessidade transitória de substituição de pessoal regular e permanente ou ao acréscimo extraordinário de serviços.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, por seu Estatuto Social e Regimento Interno.

URGÊNCIA: são situações clínicas ou cirúrgicas decorrentes de imprevisto agravo à saúde e que requerem atendimento prioritário, com ou sem risco potencial à vida, resultantes de acidentes pessoais ou de complicação no processo gestacional.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** nos municípios de **Belo Horizonte, Betim e Contagem** por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial **integrantes da REDE do presente plano**, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimedbh.com.br.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA - DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

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

- a) cônjuge;
- b) filho natural, adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos e 11 (onze) meses de idade;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular.

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

4.4. É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

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

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

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

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

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

4.5. É obrigação do CONTRATANTE informar a possibilidade de exercício de qualquer das opções e o período em que poderá exercer o direito à portabilidade, aplicáveis ao presente tipo de contratação, trazidas pela legislação, à totalidade da massa vinculada ao presente contrato através dos canais de comunicação com ela estabelecidos (jornal interno, mala direta, e-mails, murais, mensagens em boletos e assemelhados).

4.6. As demais regras operacionais para exercício da portabilidade, complementares ao presente contrato estão contidas nos regulamentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar que regula a matéria.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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

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

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

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

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

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

5.4. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o beneficiário titular do **CONTRATANTE**, bem como seus respectivos dependentes, que, na data da sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Essa restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias dessa alta.

5.5. O **beneficiário** que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será 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 contra o plano;

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

e) perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato;

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

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

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

CLÁUSULA SEXTA - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

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

6.2. Para emissão de nova via de cartão de identificação, solicitada pelo **CONTRATANTE**, será exigido o pagamento de uma taxa por cada cartão solicitado, a ser faturada juntamente com a mensalidade, no valor vigente à época, disponível para consulta no site www.unimedbh.com.br.

6.2.1. A taxa de emissão de nova via de cartão será corrigida anualmente no mês de agosto pelo índice de reajuste de planos de saúde individuais, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

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

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

6.4. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após comunicar 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, feitas pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a sua utilização indevida por terceiros.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PLANO CONTRATADO

7.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva por adesão**, com coparticipação nas consultas (exceto as realizadas na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), exames, terapias e procedimentos (exceto os realizados na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial, e 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 (na forma deste contrato) da massa populacional a este vinculada.

7.1.1. Este contrato possui viés de atenção primária à saúde, por isso possui Unidade de Porta de Entrada conforme identificado no Guia de Rede deste produto.

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

7.3. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura 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.

CLÁUSULA OITAVA – DAS COBERTURAS

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

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

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

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

8.2.3 cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (Art. 7º da Resolução CONSU 13/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

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

8.2.5 cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;

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

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

8.2.8 a cobertura para os seguintes procedimentos:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

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

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

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por

período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

e) hemoterapia ambulatorial;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.3.7 a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados que se relacionem aos procedimentos previstos no Rol (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);

8.3.8 cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

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

8.3.10 cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes

menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

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

8.3.12 cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes)

a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

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

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

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos, com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

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

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

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

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

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

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

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

8.3.18. a cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo;

I. as despesas assistenciais com doadores vivos as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência a saúde do beneficiário receptor;

II. os medicamentos utilizados durante a internação;

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

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

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

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

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

b) a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT (artigo 20, da RN 162/2007) (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção; (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

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

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

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

- a) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- e) cirurgias para mudança de sexo;
- f) atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) aplicação de vacinas preventivas;
- h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;
- i) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;
- j) enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia para esses fins não está assegurada.
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, exceto nas hipóteses previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
- v) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- w) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

x) identificação de cadáveres ou restos mortais;

z) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;

aa) despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação do acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contra-indicação do médico assistente;

ab) produtos de toalete e higiene pessoal;

ac) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto não cobertos pelo Rol ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;

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

ae) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

af) exames médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CARÊNCIAS

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

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

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

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

10.4. 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.

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLP)

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

11.2. No caso de plano coletivo empresarial com número de beneficiários menor do que 30 (trinta), haverá aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) nos casos de doenças ou lesões preexistentes (DLP).

11.3. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, o conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP) à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar objetivando a suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no artigo 13, da Lei 9.656/1998.

11.4. 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 artigo 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

11.5. 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.

11.6. 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 si.

11.7. 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.

11.8. 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.

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

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

11.11. 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 (DLP) declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal.

11.12. Caso a **UNIMED-BH** não ofereça a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT).

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

11.14. 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.

11.15. 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.

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

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

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

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

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

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

11.22. 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 doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

12.1 A Porta de Entrada dos beneficiários a consultas eletivas é a **UNIDADE CLÍNICA UNIMED PLENO**, identificada no Guia de Rede recebido pelo **CONTRATANTE** no momento da contratação do presente plano de saúde.

12.2 O atendimento médico inicial deve necessariamente ser realizado na **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** definida no Guia de Rede do presente plano e no site www.unimedbh.com.br.

12.3 As consultas devem necessariamente ser realizadas na **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** definida no Guia de Rede do presente plano e no site www.unimedbh.com.br.

12.4 Em sendo necessário encaminhamento para especialista ou realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo, psicoterapia haverá encaminhamento pelo médico assistente da **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** ou médicos especialistas por aquele indicados, para quaisquer prestadores constantes no Guia de Rede do presente plano, devendo o beneficiário levar a guia de requisição desses serviços e, quando for necessário, a autorização da **UNIMED-BH**.

12.5 Os exames complementares e os serviços de auxílio a diagnóstico e tratamento serão realizados nos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado e no site www.unimedbh.com.br, sob indicação do médico assistente, com exibição da guia de requisição desses serviços e, quando o tipo de exame assim o exigir, a autorização da **UNIMED-BH**.

12.6 Os atendimentos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive buço maxilo facial) ou obstétricas (em quaisquer desses casos, exceto urgência e emergência) serão realizados pelos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado e no site WWW.unimedbh.com.br, mediante apresentação da guia de solicitação dos serviços e quando necessário, de autorização da **UNIMED-BH**.

12.7. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato, na área de abrangência discriminada no presente contrato, por seus médicos cooperados, credenciados e de rede própria da **UNIMED-BH estritamente de acordo com o guia médico do plano contratado** e, em casos de urgência ou emergência, no território nacional, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed Nacional, 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.

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

a) oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e área de atuação do produto para o qual requereu atendimento o beneficiário; ou

b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento.

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

12.7.1.2 Se a indisponibilidade, nos termos da regulamentação da ANS, for total e absoluta a **UNIMED-BH** providenciará o transporte do beneficiário a prestador apto para realizar o atendimento/procedimento e o seu retorno.

12.7.2 Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **UNIMED-BH** providenciará:

a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento; ou

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

12.7.2.1 Nos casos acima, o transporte correrá à custa do beneficiário.

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

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

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

12.9. Nos casos de urgência e emergência, 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 da assistência médica.

12.10 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**.

12.11 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente do beneficiário e deverá constar da guia expedida com esta finalidade.

12.12 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar a Unimed prestadora do atendimento à solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.

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

12.14 Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.

12.15 Na hipótese de o 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.

12.16 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados do Sistema Unimed – sempre considerada a área de abrangência do plano contratado – é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível

superior, sem ônus adicional.

12.17 A **UNIMED-BH** não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não, seja em relação a pagamento de itens de conforto ou outras despesas não cobertas pelo presente contrato, sendo que estas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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 e serviços de tabela própria ou hospitais e serviços de alto custo.

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

13.2. Considera-se atendimento de urgência as situações clínicas ou cirúrgicas decorrentes de imprevisto agravo à saúde e que requerem atendimento prioritário, com ou sem risco potencial à vida, resultantes de acidentes pessoais ou de complicação no processo gestacional.

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

13.4. Serão garantidas as seguintes coberturas:

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

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

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

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

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

13.4.4. atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras 12 (doze) horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.5. atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que

houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP) (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

13.4.6. 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 for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação:

- a) remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
- b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;
- c) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP).

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

14.2. O reembolso será calculado de acordo com os preços praticados pela **UNIMED-BH** com seus prestadores de serviços para a presente prestação de serviços, sempre considerada a época da ocorrência do evento.

14.2.1. O reembolso deverá ser efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

16.1.1. Por cada beneficiário inscrito no ato da contratação do presente plano, o **CONTRATANTE** pagará a taxa de inscrição de valor informado na Proposta de Admissão, a ser faturada juntamente com a mensalidade.

16.1.2. Para cada inclusão (ões) posterior (es) de novo (s) beneficiário (s), o **CONTRATANTE** pagará a taxa de inscrição no valor vigente à época, disponível para consulta através do site www.unimedbh.com.br.

16.1.3. A taxa de inscrição será corrigida anualmente, no mês de agosto, pelo índice de reajuste de planos de saúde individuais, divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

16.1.4. Essa taxa é devida pela **CONTRATANTE** em relação a cada beneficiário inscrito no Contrato Assistencial e no Contrato de Ex-empregado, no caso, deste especificamente, quando houver sucessão de Contratos com inscrição de beneficiários no ato da contratação junto a Unimed-BH.

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

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

16.4. As faturas emitidas pela **UNIMED-BH** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela

CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis em seu sistema, informados anteriormente pelo **CONTRATANTE**.

16.4.1. A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, serão processadas no faturamento do mês subsequente.

16.5. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à **UNIMED-BH**, para que não se sujeite às consequências da mora.

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

16.6.1 O inadimplemento das obrigações financeiras por prazo superior a 30 (trinta) dias acarretará, necessariamente, a inclusão dos dados do **CONTRATANTE** nos anais de proteção ao crédito (Serasa, SPC e outros), além de sujeitar, à critério da **CONTRATANTE**, a suspensão total dos atendimentos e rescisão do contrato, por sua culpa, conforme abaixo.

16.7. O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, facultará a UNIMED-BH a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da UNIMED-BH denunciar o contrato.

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA COPARTICIPAÇÃO

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

a) consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial;

b) serviços complementares de diagnóstico (exames), terapias e procedimentos, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial:

17.1.1. Os valores previstos para as coparticipações reduzida e diferenciada, constantes na Proposta de Admissão, são fixados em observância ao equilíbrio econômico financeiro do contrato, que permite classificá-los como coparticipação:

a) reduzida (exemplos: hemograma, colesterol, glicose jejum, urina rotina, parasitológico de fezes, raio X do tórax,

ECG convencional, teste ergométrico convencional, ECG de rotina, endoscopia digestiva alta, exérese de nevus, patologia osteomioarticular em dois ou mais membros, megavoltagem — acelerador linear — fótons ou elétrons (até 5 MV), transfusão, fratura de tíbia e fíbula, eletrocoagulação de lesões cutâneas);

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

17.1.2. A classificação completa da co-participação relativa à cada exame/terapia/procedimento consta da "Relação de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos da **UNIMED-BH**" que está disponível no site da operadora e traz a seguinte classificação:

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

17.1.2.1. Os valores de co-participação para internação psiquiátrica serão aferidos através da Tabela de Referência da **UNIMED-BH** e seu regramento está complementado na Proposta de Admissão que segue o presente contrato.

17.1.2.2. **As internações hospitalares (incluindo hospital – dia) não estarão sujeitas a co-participação no produto UNIMED PLENO.**

17.1.2. As consultas e procedimentos realizados na **UNIDADE CLÍNICA UNIMED PLENO** não estão sujeitos à cobrança de co-participação.

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

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

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

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

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

18.3. Fica estabelecido que o **CONTRATANTE** arcará com o pagamento de valor fixo de co-participação financeira, conforme previsto na alínea 'b' do item 18.1.2 do presente contrato.

18.4. Os valores mencionados nos itens 19.2. e 19.3. do presente contrato, serão cobrados do **CONTRATANTE**, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços estabelecidos na Proposta de Admissão para internações comuns.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

19.1. Os valores de mensalidade e co-participação 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.

19.1.1. Por se dar em modalidade de pré-pagamento, as partes acordam que o reajuste se dará no aniversário do contrato,

divulgado 01 (um) mês antes da data do efetivo reajuste, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação.

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

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

19.3. 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.

19.3.1. - Cálculo do Índice de Utilização

IU = Custo Assistencial Total

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 da ANS, serviço de monitoramento a clientes.

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

Redutores da Receita = receitas canceladas e descontos concedidos.

19.3.2. 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.

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

IU estabelecido (75%)

IU apurado = aplicação da fórmula prevista no item 20.3.1. deste contrato.

IU estabelecido = fixo em 75% (setenta e cinco por cento).

19.4. 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.

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

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

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

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

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

19.6.3. Será considerado um contrato agregado ao agrupamento de que trata esta cláusula aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista acima, ainda que ocorra variação posterior da quantidade de beneficiários.

19.7 O valor do percentual de reajuste deve ser único para todos os contratos que compõem o agrupamento e, será calculado ou aplicado o critério de análise de equilíbrio do contrato com base na sinistralidade - conforme fórmula contida no item 20.3.2 – somada ao índice de reajuste divulgado pela ANS para planos Individuais.

19.8 A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos com aniversário entre maio e abril do ano subsequente, bem como identificará os contratos que receberão o reajuste, nos termos da legislação regulatória vigente.

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

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

19.10 O número de beneficiários, apurado na data de aniversário do contrato, determinará que tipo de reajuste lhe será aplicado, sendo todas as regras disciplinadas no presente instrumento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir do 10º (décimo) mês de vigência, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor para a renovação.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

21.1. A **UNIMED-BH** poderá rescindir este contrato, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

21.1.1 O contrato também poderá ser cancelado:

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

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

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

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

21.2.1. Se, no caso de rescisão dentro do período de vigência e por iniciativa do **CONTRATANTE**, o custo operacional dos serviços utilizados for superior ao valor apurado conforme o item acima está facultado à **UNIMED-BH** faturar a diferença, a

título de penalidade, diante do franco prejuízo a que está sujeita pela rescisão antecipada.

21.3. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes **CONTRATANTE**, 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, exceto nos casos disciplinados no item 4.4 e seus sub itens, do presente contrato;

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

22.5. A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, nesse caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica o dever de o **CONTRATANTE** pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo, aferido por meio da Tabela de Referência.

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

22.7. A **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 artigo 17, da Lei 9.656/1998, desde que:

22.7.1. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação efetivada aos beneficiários e, nos casos em que a lei exija, requerimento 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;

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

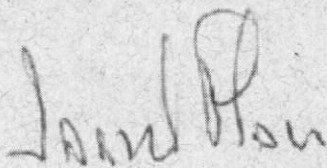
Na qualidade de representantes legais do CONTRATANTE, declaramos:

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

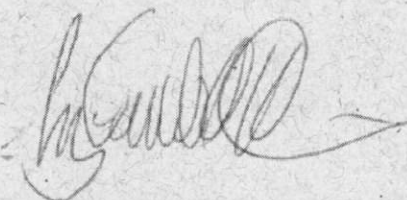
Consequentemente comprometemo-nos a informar aos beneficiários os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como eventuais alterações contratuais, inclusive os reajustes das contraprestações.

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, _____ de _____ de _____.



UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Samuel Flam
Diretor-Presidente



UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Luiz Fernando Neves Ribeiro
Diretor Comercial

ASSOCIACAO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DA PREFEITURA DE BH

TESTEMUNHAS:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: 
CPF: **Klaus Cardoso**
Analista de Relac. e Negócios
005287176/26

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

UNIMED CONTRATANTE	PRESTADOR	MUNICÍPIO	UF	ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Barueri	SP	AV. JURUA	434		ALPHAVILLE	06455-010
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Cotia	SP	RODOVIA RAPOSO TAVARES KM	23		GRANJA VIANNA	06709-015
UNIMED GUARULHOS	DELBONI & A - D D A S/A	Guarulhos	SP	AVENIDA PAULO FACCINI	109		CENTRO	07111-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	Osasco	SP	RUA GAL. BITENCOURT	255		CENTRO	06016-040
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	R. CAPEPUXIS	429		VL MADALENA	05452-030
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	R. AUGUSTA	1828		C CESAR	01412-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. PAES DE BARROS	663	667	PRQ MOOCA	03149-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. WASHINGTON LUIZ	2530		S AMARO	04662-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA DOUTOR DIOGO DE FARIA	1379		VILA CLEMENTINO	04037-005
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA JOAO CACHOEIRA	743	745	VILA NOVA CONCEICAO	04535-012
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA	4043		SANTANA	02010-200
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AVENIDA LUIZ DUMONT VILLARES	514		JARDIM SAO PAULO	02085-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AVENIDA BRASIL	762		JARDIM AMERICA	01430-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA ITAPEVA	500	6 AND.	BELA VISTA	01332-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. BRASIL	721		JD. AMERICA	01431-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. BRAZ LEME	1315		SANTANA	02511-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA SERRA DE BRAGANGA	1130		TATUAPE	03318-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. VER. JOSE DINIZ	3687		CAMPO BELO	04603-003
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA ESCOBAR ORTIZ	7,18		V. NOVA CONCEICAO	04512-052
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	RUA BRIG. GAVIAO PEIXOTO	360		LAPA	05078-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. SUMARE	1500		PERDIZES	05016-110
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. RICARDO JAFET	1550		IPIRANGA	04260-000
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	AV. GIOVANNI GRONCHI	5695		VL ANDRADE	05724-003
UNIMED PAULISTANA	DIAGNOSTICOS DA AMERICA S.A	São Paulo	SP	R. LIBERO BADARO	451		CENTRO	01008-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	BIOFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	Salvador	BA	LEONI RAMOS	79	TERREO	BARRA	40140-170

CENTRAL NACIONAL UNIMED	OKYTA CLINICA LTDA	Salvador	BA	ANTONIO CARLOS MAGALHAES	585	SL 502 CM LOUIS	ITAIGARA	41825-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLIMEGO CLINICA MEDICA DE GINECOLOGIA E	Brasília	DF	SEUPS ENTQD 714914 CONJ C	30	SALA 306	ASA SUL	70390-145
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA SANTA NATIVIDADE LTDA	Brasília	DF	SHLS QUADRA 716 CENTRO CLINICO SUL TORRE	SN	SALA 222	ASA SUL	70390-700
CENTRAL NACIONAL UNIMED	OTO CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E OR	Brasília	DF	QSE AREAS ESPECIAIS 1 A 3 E 14	SN	DEP 17 CORREDOR	TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA)	72025-001
UNIMED RIO	CENTRON - CENTRO DE TRATAMENTO ONCOLOGIC	Rio de Janeiro	RJ	PR DE BOTAFOGO	228	SALAS 1004 A 1008	BOTAFOGO	22250-040
UNIMED PAULISTANA	CLINICA PEDIATRICA DE URGENCIA S/C LTDA.	São Paulo	SP	RUA BANDEIRA PAULISTA	1182		V. NOVA CONCEICAO	04532-004
UNIMED PAULISTANA	CLINICA INTEGRADA SIMMM S/S LTDA	São Paulo	SP	R. COTOXO	1163		VL POMPEIA	05021-001
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DAS CLINICAS DE ALAGOINHAS LTDA	Alagoinhas	BA	RUY BARBOSA	11		CENTRO	48010-130
CENTRAL NACIONAL UNIMED	UMI URGENCIA MEDICA INFANTIL LTDA	Alagoinhas	BA	ELVIRA DOREA	43		CENTRO	48005-150
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CETRO CENTRO ESPECIALIZADO EM TRAUMATOLO	Alagoinhas	BA	ELVIRA DOREA	01		CENTRO	48005-150
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRA	Cachoeira	BA	DOUTOR ARISTIDES MILTON	SN	TERREO	CENTRO	44300-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	MED CENTER CLIRCA CLINICA METROPOLITANA	Camaçari	BA	FRANCISCO DRUMOND	37		CENTRO	42800-500
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA SANTA HELENA SC LTDA	Camaçari	BA	CONCENTRICA	9		CAMACARI DE DENTRO	42806-040
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SEMED SERVICOS MEDICO HOSPITALARES DE CA	Camaçari	BA	FRANCISCO DRUMOND	238		CENTRO	42800-500
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERMEGE SERVICOS MEDICOS EM GERAL	Camaçari	BA	COMERCIAL	175		CENTRO	42800-420
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL DA CLIMA CLINICA MARIA ALBANO L	Candeias	BA	DES TEIXEIRA DE FREITAS	10	CASA	CENTRO	43805-190
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROMATER POLICLINICA E MATERNIDADE	Dias D'Ávila	BA	LAURO FREITAS	1125		CENTRO	42850-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SOBABY LTDA	Lauro de Freitas	BA	PRAIA DE ITAPUA	340	CASA	CENTRO	42700-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A	Pojuca	BA	DUVALTERCIO DE AGUIAR	SN	NOVA POJUCA	CENTRO	48120-000

CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERVICOS DE EMERGENCIA MEDICO CIRURGICO	Salvador	BA	HENRIQUE DIAS	241		BONFIM	40415-275
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL JAAR ANDRADE	Salvador	BA	CAJAZEIRAS VIII ESTRADA DA PACIENCIA	2009	lote 10 e 12	CAJAZEIRAS	41330-020
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROMEDICA PATRIMONIAL SA	Salvador	BA	ANITA GARIBALDI	2135		ONDINA	40170-130
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA LTDA	Salvador	BA	DOM JOAO VI	1290		BROTAS	40285-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	Salvador	BA	CONSELHEIRO ALMEIDA COUTO	500		NAZARE	40050-410
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LITHOCENTER HOSPITAL DIA SOCIEDADE SIMPL	Salvador	BA	BARAO DE LORETO	75	CASA	GRACA	40150-270
CENTRAL NACIONAL UNIMED	OTORRINO CENTER SOCIEDADE SIMPLES LTDA	Salvador	BA	ANTONIO CARLOS MAGALHAES	585	LOJAS 39 43TER	ITAIGARA	41825-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	BAHIA SERVICOS DE SAUDE SA	Salvador	BA	SALDANHA MARINHO	88		CAIXA D'AGUA	40323-010
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S A	Salvador	BA	Joao das Botas	28	PREDIO	CANELA	40110-160
CENTRAL NACIONAL UNIMED	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	Salvador	BA	DO CAMPO SANTO	SN		FEDERACAO	40210-320
CENTRAL NACIONAL UNIMED	PROBABY CLINICA INFANTIL E URGENCIAS LTD	Salvador	BA	PRINCESA LEOPOLDINA	443		GRACA	40150-080
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SOCIEDADE ANONIMA HOSPITAL ALIANCA	Salvador	BA	JURACY MAGALHAES JUNIOR	2096		SANTA CRUZ	41920-900
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL MATERNIDADE SANTO AMARO	Santo Amaro	BA	CONSELHEIRO PARANHOS	69		CENTRO	44200-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL OCTAVIO PEDREIRA LTDA EPP	Santo Amaro	BA	COMENDADOR SAMPAIO	12		CENTRO	44200-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CARPEVIE CENTRO DE MEDICINA INTEGRADA	Brasilia	DF	CLSW 304 BLOCO C	SN		SETOR SUDOESTE	70673-633
CENTRAL NACIONAL UNIMED	SERVICOS HOSPITALARES YUGE LTDA	Brasilia	DF	QNN 28	28	MOD C AREA ESPE	CEILANDIA SUL (CEILANDIA)	72220-280
CENTRAL NACIONAL UNIMED	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	Brasilia	DF	ESTRADA PARQUE CONTORNO DO BOSQUE	SN		SETOR SUDOESTE	70673-623
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOME HOSPITAL DE MEDICINA ESPECIALIZADA	Brasilia	DF	SGAS 613	SN	CONJUNTO C	ASA SUL	70200-730

CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO DE CONVIVENCIA E ATENCAO PSICOSSO	Brasília	DF	RODOVIA DF 280 KM 78	SN	ZONA RURAL	SAMAMBAIA SUL (SAMAMBAIA)	72310-108
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CENTRO CLINICO AMMA LTDA	Brasília	DF	CSE 6	SN	LOTE 96	TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA)	72025-065
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CBV CENTRO BRASILEIRO DA VISAO LTDA	Brasília	DF	AV L2 SUL	QD 613	CONSULT 101 A 1	ASA SUL	70200-730
CENTRAL NACIONAL UNIMED	CLINICA DO RENASCER LTDA	Brasília	DF	SMPW QUADRA 05 CONJ 04	SN	CASA 03	ASA NORTE	71735-514
CENTRAL NACIONAL UNIMED	INSTITUTO MEDICO CIRURGICO ASA SUL LTDA	Brasília	DF	SEPS 714914	SN	CJ C SL 214	ASA SUL	70390-145
CENTRAL NACIONAL UNIMED	ISOB INSTITUTO DE SAUDE DE OLHOS BRASI	Brasília	DF	CNC 1	SN	LOTE 14	TAGUATINGA NORTE (TAGUATINGA)	72115-515
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL LAGO SUL SA	Brasília	DF	SHIS QI 7 CONJ F	SN	COMERCIO LOCAL	SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAL	71615-570
CENTRAL NACIONAL UNIMED	HOSPITAL SANTA MARTA LTDA	Brasília	DF	QSE 12	01 E 1	AREA ESPECIAL	TAGUATINGA SUL (TAGUATINGA)	72025-120
CENTRAL NACIONAL UNIMED	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S	Brasília	DF	SEPS 710910	SN	CONJ B BL I BL	ASA SUL	70390-108
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LAF EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES L	Brasília	DF	SHIS QI 15 BLOCO A	SN		SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAL	71635-550
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REDE D OR SAO LUIZ S A	Brasília	DF	SHLS BLOCO 716 CONJUNTO E LOTE	5		ASA SUL	70390-903
CENTRAL NACIONAL UNIMED	REDE DOR SAO LUIZ S A	Brasília	DF	SHLS 716 CONJUNTO G LOTE	5		ASA SUL	70390-700
UNIMED RECIFE	Hospitais Assoc. De Pernambuco Ltda (H.	Recife	PE	JOAQUIM NABUCO	200		GRACAS	52011-000
UNIMED RECIFE	Centro Hospitalar Albert Sabin	Recife	PE	SENADOR JOSE HENRIQUE	141		ILHA DO LEITE	50070-460
UNIMED RECIFE	Hospital Unimed Recife III - R José De	Recife	PE	JOSE DE ALENCAR	770		BOA VISTA	50070-030
UNIMED RECIFE	Hospital Esperança	Recife	PE	ANTONIO GOMES DE FREITAS	265		ILHA DO LEITE	50070-480
UNIMED RECIFE	Hospital Jayme Da Fonte	Recife	PE	DAS PERNAMBUCANAS	167	N 103 A 167 E 207	GRACAS	52011-010
UNIMED RECIFE	Real Hospital Portugues	Recife	PE	PORTUGAL	163		PAISSANDU	52010-010
UNIMED RECIFE	Hospital Memorial Sao Jose Ltda	Recife	PE	AGAMENOM MAGALHAES	2291		BOA VISTA	52020-000
UNIMED LESTE FLUMINENSE	Hospital Icarai - Clinica Sao Goncalo Lt	Niterói	RJ	MARQUES DE PARANA	233		CENTRO	24030-215

UNIMED LESTE FLUMINENSE	Hospital De Clinicas De Niteroi Ltda	Niterói	RJ	LA SALLE	12		CENTRO	24020-090
UNIMED RIO	JORGE JABER CLINICA DE PSICOTERAPIA LTDA	Rio de Janeiro	RJ	R ELISIO DE ARAUJO	263		VARGEM PEQUENA	22783-360
UNIMED RIO	HOSPITAL NORTE D OR DE CASCADURA SA	Rio de Janeiro	RJ	R CAROLINA MACHADO	38		CASCADURA	21351-021
UNIMED RIO	ESHO EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES S.	Rio de Janeiro	RJ	R VOLUNTARIOS DA PATRIA	435	ENT. CAP. SALOMAO,27	BOTAFOGO	22270-000
UNIMED RIO	ASSOCIACAO BENEFICENTE ISRAELITA DO RIO	Rio de Janeiro	RJ	R LUCIO DE MENDONCA	56		MARACANA	20270-040
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE SAINT ROMAN LTDA	Rio de Janeiro	RJ	R ALMIRANTE ALEXANDRINO	1342	1354 E 1368	SANTA TERESA	20241-260
UNIMED RIO	PRESLAF-EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	Rio de Janeiro	RJ	TV FREDERICO PAMPLONA	32		COPACABANA	22061-080
UNIMED RIO	IPANEMA - SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICO-	Rio de Janeiro	RJ	AV LINEU DE PAULA MACHADO	64		JARDIM BOTANICO	22470-040
UNIMED RIO	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRASILEIRA D	Rio de Janeiro	RJ	LADEIRA DOS GUARARAPES	263		COSME VELHO	22241-275
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ	AV EMBAIXADOR ABELARDO BUENO	201		BARRA DA TIJUCA	22775-040
UNIMED RIO	ESHO - EMPRESA DE SERVICOS HOSPITALARES	Rio de Janeiro	RJ	DONA MARIANA	217	219/223	BOTAFOGO	22280-020
UNIMED RIO	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ	R ALM BALTAZAR	383	435 PARTE E 467 PART	SAO CRISTOVAO	20941-150
UNIMED RIO	CLINICA MEDICO CIRURGICA BOTAFOGO S A	Rio de Janeiro	RJ	R BAMBINA	98		BOTAFOGO	22251-050
UNIMED RIO	MEIER MEDICAL CENTER S/C LTDA	Rio de Janeiro	RJ	AV AMARO CAVALCANTI	495		MEIER	20735-040
UNIMED RIO	DH - DAY HOSPITAL LTDA	Rio de Janeiro	RJ	AV DAS AMERICAS	4666	GR: 316, 317 E 318	BARRA DA TIJUCA	22640-102
UNIMED RIO	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	Rio de Janeiro	RJ	R MACEDO SOBRINHO	21		HUMAITA	22271-080
UNIMED RIO	MEDISE MEDICINA DIAGNOSTICO E SERVICOS L	Rio de Janeiro	RJ	AV AYRTON SENNA	2541	AREA II	BARRA DA TIJUCA	22793-000
UNIMED RIO	HOSPITAIS INTEGRADOS DA GAVEA S/A	Rio de Janeiro	RJ	R JOAO BORGES	204	PARTE	GAVEA	22451-100
UNIMED RIO	HOSPITAL DE CLINICAS RIO MAR BARRA LTDA	Rio de Janeiro	RJ	AV CANDIDO PORTINARI	555		BARRA DA TIJUCA	22793-312
UNIMED RIO	CLINICA DA GAVEA S A	Rio de Janeiro	RJ	EST DA GAVEA	151		GAVEA	22451-262
UNIMED RIO	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUIZ S.A.	Rio de Janeiro	RJ	R FIGUEIREDO MAGALHAES	875	PARTE	COPACABANA	22031-011
UNIMED RIO	CASA DE SAUDE LARANJEIRAS LTDA	Rio de Janeiro	RJ	R DAS LARANJEIRAS	445		LARANJEIRAS	22240-000
UNIMED RIO	CLINICA SOROCABA S A	Rio de Janeiro	RJ	R SOROCABA	464		BOTAFOGO	22271-110

UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC EDUCADORA SAO CARLOS - AESC	Porto Alegre	RS	RUA JOSE DE ALENCAR	286		MENINO DEUS	90880-480
UNIMED PORTO ALEGRE	ASSOC HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS	RUA RAMIRO BARCELOS	910		FLORESTA	90035-001
UNIMED JOINVILLE	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA HELENA	Joinville	SC	R BLUMENAU, 123 CENTRO	123		CENTRO	89204-250
UNIMED ABC	HOSPITAL E M S L S - U BRASIL	Santo André	SP	RUA CORONEL FERNANDO PRESTES	1177		CENTRO	09020-110
UNIMED ABC	HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. UNID. ASSUNCAO	São Bernardo do Campo	SP	AVENIDA JOAO FIRMINO	250		ASSUNCAO	09810-250
UNIMED PAULISTANA	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP	RUA PROF. ANTONIO PRUDENTE	211		LIBERDADE	01509-010
UNIMED PAULISTANA	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA	São Paulo	SP	RUA DONA VERIDIANA	311		HIGIENOPOLIS	01238-010
UNIMED PAULISTANA	HOSP. E MAT. SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP	Rua Paraíso	432		PARAISO	04103-000
UNIMED PAULISTANA	FUND INST MOLESTIAS DO APARELHO DIGESTIV	São Paulo	SP	RUA BORGES LAGOA	1450		1	04038-004
UNIMED PAULISTANA	INSTITUTO DE ESP PEDIATRICAS DE SAO PAUL	São Paulo	SP	RUA DAS PEROBAS	295		JABAQUARA	04321-120
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL SANTA PAULA S/A	São Paulo	SP	AV. SANTO AMARO	2468		VILA OLIMPIA	04556-100
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA S/A	São Paulo	SP	AL. JOAQUIM EUGENIO DE LIMA	383		BELA VISTA	01403-001
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	São Paulo	SP	AV. PAULISTA	200		BELA VISTA	01310-000
UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEF. DE SRAS. HOSP. SIRIO LIBANES	São Paulo	SP	RUA DONA ADMA JAFET	91		BELA VISTA	01308-050
UNIMED PAULISTANA	ASSOCIACAO DO SANATORIO SIRIO	São Paulo	SP	RUA DES. ELISEU GUILHERME	123		PARAISO	04004-030
UNIMED PAULISTANA	SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO	São Paulo	SP	RUA CONS. BROTERO	1486		SANTA CECILIA	01232-010
UNIMED PAULISTANA	HOSP. ALEMAO OSWALDO CRUZ	São Paulo	SP	RUA JOAO JULIAO	331		BELA VISTA	01323-020

UNIMED PAULISTANA	SOC. BENEFICIENTE SAO CAMILO - POMPEIA	São Paulo	SP	AV. POMPEIA	1178		POMPEIA	05022-001
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	São Paulo	SP	RUA FRANCISCO MARENGO	1312		TATUAPE	03313-000
UNIMED PAULISTANA	HOSPITAL INFANTIL SABARA S.A.	São Paulo	SP	AVENIDA ANGELICA	1987		SANTA CECILIA	01227-200
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	São Paulo	SP	RUA ENGENHEIRO OSCAR AMERICANO	840		CIDADE JARDIM	05673-050
UNIMED PAULISTANA	REDE D OR SAO LUIZ S/A	São Paulo	SP	RUA DOUTOR ALCEU DE CAMPOS RODRIGUES	95		VILA NOVA CONCEICAO	04544-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LAPAEC LAB DE PESQUISAS E ANALISES CLINI	Catu	BA	PADRE CUPERTINO	121		CENTRO	48110-000
CENTRAL NACIONAL UNIMED	LABLID LABORATORIO DE DIAGNOSTICOS LTD	Salvador	BA	PROFESSOR MAGALHAES NETO	1591	LOTEAMENTO AQUA	PITUBA	41810-011
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	CLSW 304 BLOCO B	304	BL B LJ 2656 ED	SETOR SUDOESTE	70673-632
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SHLN	SN	BL F LJ 1626TER	ASA NORTE	70770-560
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SHIS QI 13 BLOCO J	SN	SL 201 A 208	SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAL	71635-178
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SMHN QUADRA 2 BLOCO A	SN	10 SOBRELOJA 06	ASA NORTE	70710-143
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	C 1	SN	LT 0112 LJ 1819	TAGUATINGA CENTRO (TAGUATINGA)	72010-010
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	DAS CASTANHEIRAS	SN	LT 820 LJ 8 TER	NORTE (AGUAS CLARAS)	71900-100
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	CA 5	SN	LT B LJ 0304	SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAL	71503-505
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	AOS 1	SN	EA 28 LT 5 TORR	AREA OCTOGONAL	70660-010

CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SAN DIEGO	SN	AV COMERIAL LT1	SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAL	71680-362
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	CNC 1	01	LT 1011 SL 201	TAGUATINGA NORTE (TAGUATINGA)	72115-515
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SHLS	SN	QD 716 CJ B BLO	ASA SUL	70390-700
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	QE 11 AREA ESPECIAL L	SN	2AND SL 228 A 2	GUARA I	71020-721
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	AREA ESPECIAL 4 MODULO A	SN	BL A LOJA 1	GUARA II	71070-614
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SEPS SUL EQ 709909	SN	CJ F CONS 10 PT	SETOR RESIDENCIAL NORTE (PLANA	70390-095
CENTRAL NACIONAL UNIMED	DIAGNOSTICOS DA AMERICA	Brasília	DF	SCLRN 716	SN	CJ E LOJA 40 E	ASA NORTE	70770-530