

UNIMED PLENO

Cobertura Ambulatorial,
Hospitalar e Obstétrica

▶ **APARTAMENTO**

PME



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 16.513.178/0001-76

Produto: Unimed Pleno
Regional Empresarial Apartamento

Nº de registro na ANS: 34.388-9

Nº de registro do produto: 468.237/12-8

Site: <http://www.unimedbh.com.br>

Tel.: 4002-3030

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	3
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	3
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	14
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.	14
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.	26
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.	34

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.	36
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas das quais o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	37
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	40 51 62
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	58
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	58
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.	53
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.	19

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

UNIMED PLENO REGIONAL EMPRESARIAL APARTAMENTO

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

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: Pleno Unimed-BH

Registro na ANS: 468.237/12-8

CONTRATO Nº:

Sumário

Guia de Leitura Contratual	1
Cláusula Primeira – Do Objeto do Contrato	4
Cláusula Segunda – Das Definições	5
Cláusula Terceira – Do Local da Prestação dos Serviços	14
Cláusula Quarta – Da Legitimidade do Contratante e da Elegibilidade dos Beneficiários	15
Cláusula Quinta – Das Inclusões e Exclusões de Beneficiários	17
Cláusula Sexta – Da Permanência dos Exonerados, Demitidos ou Aposentados	19
Cláusula Sétima – Do Cartão Individual de Identificação	24
Cláusula Oitava – Do Plano Contratado	25
Cláusula Nona – Das Coberturas	26
Cláusula Décima – Das Exclusões	34
Cláusula Décima Primeira – Das Carências	36
Cláusula Décima Segunda – Das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)	37
Cláusula Décima Terceira – Das Condições de Atendimento	40
Cláusula Décima Quarta – Do Sistema Unimed	43
Cláusula Décima Quinta – Das Prerrogativas da Unimed-BH	44
Cláusula Décima Sexta – Do Atendimento de Urgência e Emergência	44
Cláusula Décima Sétima – Das Condições de Reembolso	46
Cláusula Décima Oitava – Das Faixas Etárias	47
Cláusula Décima Nona – Dos Preços e Condições de Pagamento	48
Cláusula Vigésima – Da Coparticipação	51
Cláusula Vigésima Primeira – Do Regime de Internação em Hospital-Dia	53
Cláusula Vigésima Segunda – Do Reajuste e Revisão dos Valores	54
Cláusula Vigésima Terceira – Da Vigência do Contrato	58
Cláusula Vigésima Quarta – Da Rescisão do Contrato	58
Cláusula Vigésima Quinta – Das Regras Anticorrupção e Código de Conduta e Relacionamento	60
Cláusula Vigésima Sexta – Das Disposições Finais	62
Regulamento Da Proteção aos Dados Pessoais	65

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem por objeto a **assistência médico-hospitalar**, com cobertura para **procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia** e exames complementares, visando à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação na forma deste contrato**, sobre os 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 nº 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 e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento.

O produto ora contratado privilegia a atenção primária à saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico Unimed Pleno, na unidade de PORTA DE ENTRADA, conforme definido e delimitado neste contrato.

1.2. Integram este contrato para todos os efeitos de direito:

- a) Proposta de Admissão;
- b) Termo de Confirmação de Compra – caso tenha sido assinado;
- c) termos de consentimento do aplicativo e da Lei Geral de Proteção de Dados;
- d) lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo que não compõem a rede do presente plano, **disponível em www.unimedbh.com.br**;
- e) Rol de Eventos e Procedimentos divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, localizado em www.ans.gov.br, **acesso “Planos e Operadoras”**, “Espaço do Consumidor”;
- f) Regulamento da Proteção de Dados Pessoais deste plano de saúde.

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.

1.4. As partes signatárias adotam, na presente contratação, as seguintes premissas:

1.4.1. as comunicações levadas a efeito pelas partes serão feitas por meio de correio eletrônico, aplicativos de comunicação em dispositivos móveis indicados pelas partes e por meio do boleto emitido para pagamento das faturas, nos termos da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

1.4.1.1. O endereço de correio eletrônico e os telefones de dispositivos móveis fornecidos pelo **CONTRATANTE** e inseridos na Proposta de Admissão são os eleitos por ele para a centralização das comunicações entre as partes, sendo

o endereço eletrônico “padrão”, até manifestação do **CONTRATANTE** em sentido contrário e com o devido indicativo de outro endereço eletrônico, em substituição ao primeiramente informado;

1.4.1.2. serão considerados recebidos os *e-mails* – **que não podem ser recusados pelas Partes** – remetidos entre as 8 horas e as 18 horas, em dias úteis (segundas a sextas-feiras, considerados os feriados do local onde está situado o escritório administrativo da parte contratual). Essa determinação se aplica também a mensagens enviadas via aplicativos de comunicação de dispositivos móveis;

1.4.2. as partes reconhecem, como manifestações de consentimento, em substituição ao signo tradicionalmente manuscrito, inseridas nos instrumentos, os seguintes:

1.4.2.1. assinatura por meio de certificação digital;

1.4.2.2. assinatura em dispositivos que, por meios tecnológicos, possam reproduzi-la em documento;

1.4.2.3. plataformas ou dispositivos móveis, dos quais derivem comprovações múltiplas de acesso, tais como *logs*, identificação de IP, localização geográfica e outros assemelhados;

1.4.2.4. reprodução da assinatura digitalizada;

1.4.2.5. aposição de “li e concordo”, por meio de plataforma ou *site*, obedecidos os requisitos de segurança e controle, em área logada, quanto a determinado documento.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE DO TRABALHO: é o evento que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

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 detentores de cargo eletivo, eleitos por mandatos transitórios, como os chefes do Poder Executivo e membros do Poder Legislativo, Ministros de Estado e Secretários.

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

ANONIMIZAÇÃO: utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis no momento do tratamento, por meio dos quais um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo.

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

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

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de determinada população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos.

AUDITORIA: é direito da **UNIMED-BH – em caso de utilização na área de outras Unimed e, também da Unimed onde se deu o atendimento** – analisar itens objeto de prestação de serviço, tais como contas apresentadas pelos prestadores de serviços de saúde, prontuário, solicitações, relatórios médicos, exames, utilização em geral, processos automatizados ou manuais e outros, os quais são imprescindíveis para que a operadora se certifique de que o contrato de plano de saúde está sendo cumprido nos moldes contratados, assim como verifique se os contratos pactuados com a rede prestadora de serviços de saúde estão sendo executados conforme pactuado.

BANCO DE DADOS: conjunto estruturado de dados pessoais, estabelecido em um ou em vários locais, em suporte eletrônico ou físico.

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

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

BENEFICIÁRIO EX-EMPREGADO: para efeito deste contrato, ex-empregado é aquele beneficiário titular que, em virtude de vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, tenha contribuído para o custeio do plano de saúde enquanto a este vinculado por relação empregatícia e que tenha sido demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado ao **CONTRATANTE** por relação empregatícia, estatutária ou que já tenha sido vinculado, no caso de ex-empregado ou aposentado, nos termos da regulamentação da ANS.

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

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

CLÍNICA UNIMED PLENO OU UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA: unidade ambulatorial ou conjunto determinado de consultórios visualmente identificados e localizados dentro de unidade ambulatorial de maior porte, composta por médicos das especialidades de medicina de família e comunidade, clínica médica e pediatria, podendo variar as especialidades por unidade, na qual serão realizados o atendimento e o acompanhamento da saúde do beneficiário (excetuadas urgência e emergência).

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

COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA: é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital Dia é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 (doze) horas.

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): 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), assim definidos pela ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

CONSENTIMENTO: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada, quando necessário, nos termos da legislação vigente.

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

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

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

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica ou o empresário individual qualificado na Proposta de Admissão, documento integrante deste contrato, que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus empregados, ex-empregados e/ou estatutários.

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

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica ou ao empresário individual **CONTRATANTE** por relação empregatícia e/ou estatutária.

CONTRATO DE EX-EMPREGADOS: contrato de assistência à saúde firmado pela Pessoa Jurídica ou empresário individual **CONTRATANTE** para os seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, que é acessório a este contrato, conforme disposições da ANS.

CONTRIBUIÇÃO: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

CONTROLADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais.

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

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

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

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

DADO ANONIMIZADO: dado relativo a titular (nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados) que não possa ser identificado, considerando-se a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião do tratamento de tal dado.

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste contrato, com os beneficiários de planos de saúde. A **UNIMED-BH** trata, no mínimo, os seguintes dados pessoais: nome; nome social; sexo; gênero; identidade (todos os tipos de documentos de identificação); Declaração de Nascido Vivo (DNV); título de eleitor; certidões; CPF; endereços (físicos e eletrônicos); filiação; estado civil; telefones; naturalidade; nacionalidade; número do Cartão Nacional de Saúde; dados bancários; CCO (número da carteirinha do plano de saúde). Pode haver necessidade de dado pessoal adicional para a prestação de serviços aqui disposta.

DADO PESSOAL SENSÍVEL: dado pessoal sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou à vida sexual, genético ou biométrico, dos beneficiários de planos de saúde.

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

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

DURAÇÃO DO TRATAMENTO DE DADOS: compreende-se por duração do tratamento dos dados os prazos a que a **UNIMED-BH** tem direito para tratar os dados pessoais dos beneficiários deste contrato, sendo que são os prazos consignados na legislação nacional relacionados à prescrição e à decadência de direitos, avaliados caso a caso, em razão da natureza dessa prestação de serviços.

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

ELIMINAÇÃO: exclusão de dado ou de conjunto de dados armazenados em banco de dados, independentemente do procedimento empregado.

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

ENCARREGADO: pessoa indicada pelo controlador e pelo operador para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

ESTÁGIO: é ato educativo escolar supervisionado visando ao aprimoramento profissional na sua área de estudo. O contrato é celebrado entre o estudante e o **CONTRATANTE**, com a interveniência 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 ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário.

EXAMES BÁSICOS: classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames básicos de diagnóstico e terapia para

efeito de carência: (a) patologia clínica laboratorial; (b) biópsia e exames patológicos; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional (ECG); (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) radiografias; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) potencial evocado; (o) prova de função pulmonar; (p) ultrassonografia; (q) videoendoscopia diagnóstica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MENOR APRENDIZ: é todo jovem de mais de 14 (quatorze) anos e menos de 24 (vinte e quatro) anos matriculado em curso ou programa de aprendizagem e vinculado ao **CONTRATANTE**.

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

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, o que não inclui preços.

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

NOVO EMPREGO: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

OPERADOR DE DADOS: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador. Para a execução deste contrato, haverá necessidade de compartilhamento de dados com operadores determinados, quando serão estabelecidos padrões de segurança de dados, nos termos da legislação de proteção de dados vigente.

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

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

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

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU nº 8/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento (excetuadas urgência e emergência) na unidade **CLÍNICA UNIMED PLENO (conforme definição deste contrato)** ou, em substituição a esta, para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela **UNIMED-BH**, sendo o beneficiário, caso necessário, encaminhado pelo médico Unimed Pleno para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

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

PROCEDIMENTOS: são os atos praticados pelos profissionais de saúde, que não sejam exames/terapias, consultas, tratamentos e internação. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam de estrutura e aparelhagem são subgrupados em diferenciados.

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

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

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

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as Unimeds do país, composto por cooperativas de trabalho médico.

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

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

TRABALHADOR TEMPORÁRIO: é a pessoa física que presta serviços ao **CONTRATANTE**, para atender à necessidade transitória de substituição de pessoal regular e permanente ou ao acréscimo extraordinário de serviços.

TRANSFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DADOS: transferência de dados pessoais para país estrangeiro ou organismo internacional do qual o país seja membro.

TRATAMENTO DE DADOS: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

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

USO COMPARTILHADO DE DADOS: comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicos no cumprimento de suas competências legais, ou entre estes e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por tais entes públicos, ou entre entes privados.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** na área de atuação do produto, a saber, nos municípios de **Belo Horizonte, Betim e Contagem** por meio da rede assistencial **específica do presente plano**, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site **www.unimedbh.com.br**.

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

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

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

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

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

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

4.1. Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados beneficiários titulares a população delimitada e vinculada ao **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, regularmente inscritos como tais.

4.1.1. Poderão ainda ser considerados como beneficiários titulares, desde que comprovado o vínculo com o **CONTRATANTE**:

- a) **sócios da pessoa jurídica CONTRATANTE e o próprio Empresário Individual;**
- b) **estagiários**, mediante apresentação do contrato de estágio assinado por instituição de ensino e pelo **CONTRATANTE**;
- c) **menor aprendiz**, desde que seja apresentado o contrato de trabalho de menor aprendiz;
- d) **administradores da pessoa jurídica CONTRATANTE**, desde que designados no contrato social ou em ato separado;
- e) **os trabalhadores temporários**, desde que seja apresentado contrato firmado entre a empresa de trabalho temporário e a empresa tomadora de serviço ou cliente;
- f) os agentes políticos, desde que comprovado o vínculo por meio da publicação do ato de posse.

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 e 29 (vinte e nove) dias;
- 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 no item 4.2 desta cláusula dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

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

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

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

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

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

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

4.5. O **CONTRATANTE** de plano coletivo empresarial, nos termos da regulamentação da ANS, deve ser pessoa jurídica ou empresário individual, o que será doravante denominado legitimidade.

4.5.1. O **CONTRATANTE** deve manter sua legitimidade para que o contrato seja mantido vigente, assim como a inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) ativa, sendo que a UNIMED-BH pode requerer, a qualquer momento, a comprovação da regularidade dessas condições.

4.5.2. O Empresário Individual **CONTRATANTE** deverá remeter para a **UNIMED-BH**, anualmente, no primeiro dia útil do mês de aniversário do contrato o (i) comprovante de situação cadastral do CNPJ e (ii) comprovante de endereço válido para recebimento de correspondência, que se coadune com o declarado nos órgãos de registro e receita federal e (iii) comprovante de vinculação dos beneficiários titulares e dependentes, nos termos do presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA - DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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

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

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

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

5.2.3. O **CONTRATANTE** manterá seu cadastro atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil, ou 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 LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES”, ficará a critério da **UNIMED-BH** a realização de entrevista prévia de admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de 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 os 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. Ressalvadas as hipóteses previstas na cláusula sexta deste instrumento, 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) ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**;
- e) ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato.

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

5.5.2. A comunicação do falecimento do beneficiário 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(s), valores estes que serão incluídos na fatura mensal de serviços ou serão objeto de fatura especificamente emitida.

5.7. O **CONTRATANTE** deverá, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido efetuado pelo beneficiário titular para a sua exclusão ou a de seu(s) dependente(s), comunicar formalmente à **UNIMED-BH** o recebimento da aludida solicitação.

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

CLÁUSULA SEXTA – DA PERMANÊNCIA DOS EXONERADOS, DEMITIDOS OU APOSENTADOS

SEÇÃO I – DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

6.1. Conforme legislação vigente, é assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano de saúde ora contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício com o **CONTRATANTE**, no caso de rescisão do contrato de trabalho sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário e do seu grupo familiar inscrito no plano, quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio.

6.1.1. O período de manutenção da condição de beneficiário será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor – nos termos deste contrato – com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

6.2. Conforme legislação vigente, é assegurado ao aposentado que contribuir para o plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manter sua condição de beneficiário e do seu grupo familiar inscrito no plano quando da vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, e seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação da aposentadoria.

6.2.1. Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no item acima é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade e seja feita a opção de permanência no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano.

6.2.2. O **CONTRATANTE** deve garantir para o empregado aposentado que permaneça trabalhando e venha a se desligar, o direito à sua manutenção como beneficiário, nos termos do item 6.2 acima e a todos os benefícios decorrentes dessa condição previstos neste contrato e na legislação vigente.

6.3. Se o **CONTRATANTE** tiver promovido a sucessão de planos de saúde de operadoras diversas, nos quais tenha ocorrido custeio pelo beneficiário ex-empregado, é obrigado a somar os prazos de contribuição relativos aos planos regulados pela Lei 9.656/98 ou adaptados às suas disposições, garantindo a manutenção da condição de beneficiário ao ex-empregado pelo período correspondente, calculado na forma deste contrato.

6.3.1. A mesma regra se aplica à sucessão de planos em virtude de processo de fusão, incorporação ou cisão do **CONTRATANTE**, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho do beneficiário.

6.4. Nos termos da legislação vigente, ocorrendo a mudança de Operadora, o **CONTRATANTE** deverá contratar o plano de saúde com a mesma operadora para os beneficiários empregados ativos e os beneficiários ex-empregados, em ambos os casos com seus grupos familiares.

6.5. É responsabilidade do **CONTRATANTE** garantir a cobertura das vantagens e benefícios adquiridos pelo beneficiário, decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

SEÇÃO II - DAS OPÇÕES DO EMPREGADOR RELACIONADAS À MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO

6.6. Para a efetivação do disposto nas cláusulas acima, o **CONTRATANTE** deverá optar expressamente por:

6.6.1. **Manter o beneficiário ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão sem justa causa ou aposentadoria, observando-se que serão mantidas as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária, fator moderador e regras de faturamento do contrato vigente.**

6.6.1.1. Se o plano em que se encontrava o beneficiário ex-empregado quando da sua demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria tiver formação de preços pós-estabelecidos na opção rateio, toda massa vinculada ao respectivo plano deverá participar do rateio.

6.6.1.2. O **CONTRATANTE** e a **UNIMED-BH** devem informar ao beneficiário ex-empregado que o valor da contraprestação pecuniária a ser paga por ele corresponderá ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.

6.6.1.3. Se o **CONTRATANTE** optar por subsidiar o valor relativo ao beneficiário ex-empregado ou promover a participação dos empregados no seu financiamento, deverá comprovar que explicitou a todos os beneficiários os valores definidos e a forma de participação.

6.6.2. **Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados, que obrigatoriamente deverá ter a 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 os empregados ativos.**

6.6.2.1. O **CONTRATANTE** pode optar por contratar plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação, com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciados do contrato mantido para seus empregados, como alternativa mais acessível aos ex-empregados, mas deverá informar a escolha expressa do beneficiário para a **UNIMED-BH**, no ato da contratação ou inclusão.

6.6.2.2. O contrato de que trata o item **6.6.2** poderá conter condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciados do contrato de plano de saúde oferecido para os empregados do **CONTRATANTE**.

6.6.2.3. O **CONTRATANTE** não poderá pactuar plano com formação de preço pós-estabelecida para oferta a seus ex-empregados e o custeio integral do plano pelos beneficiários deverá ser na modalidade de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária.

6.6.2.4. O **CONTRATANTE** poderá subsidiar o plano de que trata o item **6.6.2** ou promover a participação dos seus empregados no seu custeio, desde que comprove a comunicação dos valores praticados e da contribuição que caberá a cada um.

SEÇÃO III – DA CONTRIBUIÇÃO

6.7. O tempo de contribuição do beneficiário, conforme definido neste contrato, é considerado para o cálculo do tempo de gozo do direito previsto nesta cláusula. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado o direito de permanência na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano.

6.7.1. As condições explicitadas nesta seção devem ser aferidas e declaradas pelo **CONTRATANTE** à **UNIMED-BH**, nos termos deste contrato, remetidas as comprovações sempre que requeridas por essa, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis.

6.7.2. A adaptação ou migração de um contrato não regido pela Lei 9.656/98 para um por essa regulado permitirá a contagem de tempo para a manutenção da condição de beneficiário, se tiver ocorrido contribuição ou custeio da contraprestação pecuniária por parte do beneficiário titular, quando da vigência do contrato anterior à Lei 9.656/98.

6.7.3. Não proporciona a aquisição do direito à manutenção na condição estabelecida nesta cláusula o custeio ou a contribuição em planos privados de assistência à saúde com preço pós-estabelecido.

6.8. Os valores pagos referentes à coparticipação e/ou franquias não serão considerados como contribuição para a aquisição do direito à manutenção da condição de beneficiário, aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, ou para a contagem de prazo para aferição do período de permanência na condição de beneficiário ex-empregado.

6.9. O **CONTRATANTE** se obriga a comunicar à **UNIMED-BH** eventual alteração da forma de custeio do plano, para fins de aplicação das disposições do presente instrumento.

SEÇÃO IV – DA EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

6.10. A manutenção da condição de beneficiário ex-empregado prevista nesta cláusula é extensiva ao seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

6.11. O direito de permanência dos beneficiários dependentes inscritos quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular está adstrito às mesmas condições pactuadas para a permanência do beneficiário ex-empregado. Esse assumirá a responsabilidade pelo pagamento do valor integral das mensalidades.

6.12. Durante a permanência de que trata essa cláusula, o beneficiário ex-empregado poderá incluir novo cônjuge e filhos, **respeitados os trâmites de inclusão de beneficiários e os prazos de carência estipulados no presente contrato.**

6.13. A condição de permanência do beneficiário ex-empregado e de seus respectivos dependentes deixará de existir quando da sua admissão em novo emprego.

6.13.1. O **CONTRATANTE** deve informar ao beneficiário ex-empregado, no termo de opção que lhe faculta permanecer na condição de beneficiário, que esse é obrigado a comunicar imediatamente à **UNIMED-BH** seu ingresso em novo emprego ou atividade remunerada, sob pena de arcar com os custos reais dos procedimentos realizados após a obtenção de novo emprego.

6.14. Em caso de morte do beneficiário titular, o direito de permanência é assegurado aos beneficiários dependentes que estiverem inscritos, quando da extinção do contrato de trabalho, nos termos dispostos neste contrato, devendo o **CONTRATANTE** apresentar à **UNIMED-BH** o termo de opção do beneficiário ex-empregado que discrimine a relação dos dependentes que serão mantidos nessa condição.

SEÇÃO V – DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL

6.15. O **CONTRATANTE** é obrigado a apresentar ao beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa comunicação FORMAL de que poderá optar pela permanência no plano de saúde, devendo a opção ser feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados dessa comunicação.

6.16. O **CONTRATANTE** somente poderá requerer a exclusão de beneficiário do plano se informar:

6.16.1. Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.

6.16.2. Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa havia se aposentado e permaneceu trabalhando na mesma empresa.

6.16.3. Se o beneficiário contribuía para o custeio do plano privado de assistência à saúde e como o fazia.

6.16.4. Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.

6.16.5. Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter essa condição.

6.17. O beneficiário somente será excluído do plano pela **UNIMED-BH** mediante comprovação, pelo **CONTRATANTE**, do comunicado para exercício da opção de permanência na condição de beneficiário ex-empregado, bem como das informações contidas no item anterior e seus subitens.

6.17.1. O **CONTRATANTE** é o responsável pela comprovação e veracidade das informações aqui mencionadas e pela movimentação dos beneficiários ex-empregados.

6.17.2. Caso a **UNIMED-BH** seja demandada, judicial ou administrativamente, em virtude de omissão ou ação culposa do **CONTRATANTE** no cumprimento dessa obrigação, esse deverá indenizá-la da totalidade dos custos financeiros envolvidos na demanda – inclusive eventuais danos morais.

6.18. O **CONTRATANTE** deverá remeter para a **UNIMED-BH**, no prazo de 3 (três) dias úteis, contados do recebimento da requisição, qualquer documentação comprobatória das declarações que compõem o item 6.16 e 6.17.

SEÇÃO VI - DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

6.19. Extingue-se o direito de permanência na condição de beneficiário ex-empregado:

6.19.1. Pelo decurso desse prazo de permanência, calculado e exercido na forma deste contrato, extinguindo-se, da mesma maneira, o direito quanto à manutenção dos dependentes.

6.19.2. Pela admissão do beneficiário em novo emprego, extinguindo-se, da mesma maneira, o direito quanto à manutenção dos dependentes.

6.19.3. Pela extinção do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, extinguindo-se, da mesma maneira, o direito quanto à manutenção dos dependentes.

6.19.4. Pela manifestação de vontade expressa, comprovada pelo **CONTRATANTE** - **ou manifestada diretamente à UNIMED-BH** - renunciando à manutenção de sua condição de beneficiário, extinguindo-se, da mesma maneira, o direito quanto à manutenção dos dependentes.

6.19.5. Pela ausência/omissão de manifestação no prazo de 30 (trinta) dias, contados da comunicação do **CONTRATANTE**, nos termos deste contrato.

6.20. No caso de rescisão do presente contrato, será automaticamente rescindido o contrato de ex-empregados, não cabendo qualquer obrigação à **UNIMED-BH** pelo cumprimento dos períodos em que os beneficiários ainda teriam direito de cobertura.

6.21. As demais cláusulas do presente contrato aplicam-se aos beneficiários ex-empregados e dependentes, sem restrições.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

7.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação, virtual (este por meio de aplicativo ou outra funcionalidade disponibilizada pela **UNIMED-BH**), ou impresso, 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, ou alterações no sistema de identificação, para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação.

7.1.1. **O cartão de identificação é PESSOAL e INTRANSFERÍVEL, podendo o beneficiário nele identificado somente utilizar os serviços por meio desse documento, respondendo o CONTRATANTE por todo uso em desacordo com o presente contrato.**

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

7.2.1. A taxa de emissão de nova via de cartão será corrigida anualmente.

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

7.3.1. Considera-se uso indevido, exemplificadamente, a comprovada utilização desses documentos para obter atendimento por aqueles que perderam a condição de beneficiário, por qualquer motivo, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja beneficiário, com ou sem o conhecimento deste.

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

CLÁUSULA OITAVA - DO PLANO CONTRATADO

8.1. O presente plano de assistência médico-hospitalar é pactuado sob a modalidade de contratação coletiva empresarial, com cobrança de coparticipação em consultas (exceto as realizadas na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), exames/terapias, tratamentos e procedimentos (exceto os realizados na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial e nas internações psiquiátricas, e tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica ou ao empresário individual por relação empregatícia ou estatutária, com a previsão de inclusão dos dependentes (na forma deste contrato) da massa populacional a estes vinculada, nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e deste contrato.

8.1.1. Este contrato privilegia a atenção primária à saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico Unimed Pleno na unidade de **PORTA DE**

ENTRADA (de acordo com a definição deste contrato), conforme identificado no guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimedbh.com.br.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. O plano contratado compreende as coberturas de atendimento ambulatorial, internação hospitalar e assistência obstétrica.

CLÁUSULA NONA - DAS COBERTURAS

9.1. **A UNIMED-BH cobrirá os custos das coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9.656/98), e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidos neste contrato.**

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

9.2.1. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a", da Lei 9.656/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);

9.2.2. garantia de cobertura nas urgências e emergências por, no máximo, 12 (doze) horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/98);

9.2.3. 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 (artigo 7º da Resolução CONSU 13/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);

9.2.4. 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 9.656/98, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/07);

9.2.5. 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, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;

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

9.2.7. 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;

9.2.8. cobertura para os seguintes procedimentos:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal, listadas no Rol de Procedimentos da ANS - CAPD;
- b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
- c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial;

- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- e) hemoterapia ambulatorial, listada no Rol de Procedimentos da ANS;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

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

9.2.10. cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

9.2.11. 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 com este pretende ser 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 9.787/99); e
- b) medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

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

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

9.3.2. 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;

9.3.3. 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 9.656/98);

9.3.4. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

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

9.3.6. 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 9.656/98);

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

9.3.8. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e devidamente registradas na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

9.3.9. cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, atestada por médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e” da Lei 9.656/98);

- 9.3.9.1. cobertura para remoção do beneficiário de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação da ANS;
- 9.3.10. cobertura de despesas relativas ao acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei 9.656/98 c/c artigo 16 da Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- 9.3.11. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.3.12. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

- a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
- b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.
- c) **Os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar não estão incluídos na cobertura deste plano.**
- 9.3.13. cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, 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 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 a transplantes, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

9.3.14. 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 9.656/98, incluído pela Lei 10.223/01);

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

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

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

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

- I. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
- II. medicamentos utilizados durante a internação;
- III. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização

da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

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

9.3.19. por imperativo clínico, havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esses se darão a critério do médico assistente.

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

- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme definição contratual;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9.656/98) nos termos do item 4.3.3, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou agravo (artigo 20, da Resolução Normativa 162/07), conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- c) opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção e desde que a mãe ou o pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias de carência (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- d) será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica, mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano;
- e) para fins de cobertura do parto vaginal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, esse procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS EXCLUSÕES

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

- a) consultas, tratamentos médicos e hospitalares e internações efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;
- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- e) cirurgias para mudança de sexo;
- f) atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) aplicação de vacinas preventivas;
- h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- i) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas; e estudo de DNA com esses fins;
- j) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;

- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- v) procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
- w) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;
- x) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- y) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- z) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- ab) despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;
- ac) produtos de toalete e higiene pessoal;

- ad) **serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;**
- ae) **despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;**
- af) **serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;**
- ag) **exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.**

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS CARÊNCIAS

11.1. 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 procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
Díálise, hemodíálise 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

11.2. Contratada a ampliação da cobertura por meio dos serviços adicionais/opcionais, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e aos limites previstos para cada um deles.

11.3. Os prazos de carência acima serão contados a partir da data de vigência inicial em relação a cada beneficiário inscrito no presente contrato.

11.4. No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento de prazos de carência, **desde que a inclusão do beneficiário titular ou a de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação ao CONTRATANTE).**

11.4.1. Se em algum momento durante a vigência do presente, no momento de inclusão de beneficiário, for aferido que o contrato possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que o contratante exija as carências acima previstas.

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

11.6. Na hipótese de o **CONTRATANTE** realizar a inclusão de beneficiários em plano com rede (profissionais e entidades) e serviços não constantes no plano em que anteriormente se encontravam vinculados, os beneficiários deverão cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da rede ou serviços acrescidos, exclusivamente.

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

12.1. No caso de plano coletivo empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta), não haverá aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravos nos casos de doença ou lesão preexistente (DLP), **desde que a inclusão do beneficiário titular ou a de seus dependentes ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data que lhe facultou o direito de inscrição ao plano (vigência inicial, casamento, nascimento, vinculação ao CONTRATANTE).**

12.1.1. Se em algum momento durante a vigência do presente, no momento de inclusão de beneficiário, for aferido que o contrato possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que o contratante exija o preenchimento de declaração de saúde e impute Cobertura Parcial Temporária em relação às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas ou aferidas por meio de perícia médica. Não será exigido esse procedimento ou imputada Cobertura Parcial Temporária caso a adesão do beneficiário no presente plano se dê em substituição a outro, no qual o beneficiário em questão tenha permanecido por período ininterrupto superior a 24 (vinte e quatro) meses, plano este da **UNIMED-BH** e de mesma segmentação.

12.2. 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).

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

12.4. Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário (ou seu representante legal) sabe 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.

12.5. 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.

12.6. 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**, e designado por esta, sem qualquer ônus para si.

12.7. 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 assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

12.8. 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.

12.9. 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.

12.10. 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** aplicará a cobertura parcial temporária (CPT).

12.11. 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.

12.12. Caso a **UNIMED-BH** não impute 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) ou agravo.

12.13. 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).

12.14. 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.

12.15. 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.

12.16. 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.

12.17. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

12.18. O agravo, cujo oferecimento é facultativo, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou valor do agravo, forma de pagamento e período de sua vigência.

12.19. 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).

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

12.21. 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).

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

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

12.24. Após julgamento e acolhida a alegação da **UNIMED-BH** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas por ela suportadas com a assistência 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 poderá ser excluído do contrato.

12.25. 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 TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

13.1. A **PORTA DE ENTRADA** dos beneficiários para a realização de consultas são as **UNIDADES CLÍNICAS UNIMED PLENO**, identificadas no Guia de Rede disponibilizado ao **CONTRATANTE** em www.unimedbh.com.br.

13.2. O atendimento médico eletivo inicial deve necessariamente ser realizado nas **UNIDADES DE PORTA DE ENTRADA**.

13.3. Sendo necessários o encaminhamento para médico especialista ou a realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo ou psicoterapeuta, o médico Unimed Pleno da unidade de **PORTA DE ENTRADA** encaminhará o beneficiário para atendimento na rede assistencial integrante do presente plano, disponível no site www.unimedbh.com.br, devendo o beneficiário levar a guia de requisição do serviço e, quando for necessário, a autorização da **UNIMED-BH**.

13.4. Os exames complementares e os serviços de auxílio a diagnóstico e tratamento serão realizados na rede assistencial integrante do presente plano, disponível no site www.unimedbh.com.br, mediante a solicitação do médico Unimed Pleno da unidade de **PORTA DE ENTRADA**, com emissão da guia de requisição do serviço (física ou eletrônica), e, quando o tipo de exame assim o exigir, a autorização da **UNIMED-BH**.

13.5. Os atendimentos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive buco-maxilofacial) ou obstétricas (em quaisquer desses casos, exceto quando caracterizadas

urgência e emergência) serão realizados pelos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado disponível no site www.unimedbh.com.br, mediante apresentação da guia de solicitação dos serviços emitida pelo médico assistente lotado na **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** e, quando necessário, da autorização da **UNIMED-BH**.

13.6. Do atendimento descrito no item 13.3 poderão ser necessários a realização de exames complementares e os serviços de auxílio a diagnóstico e tratamento, que serão feitos, por meio de solicitação do médico da unidade de **PORTA DE ENTRADA**, pelos médicos cooperados ou pela rede assistencial integrante do presente plano, disponível no site www.unimedbh.com.br, devendo o beneficiário levar a solicitação médica em meio físico ou em sistema próprio da **UNIMED-BH** e, quando for necessário e se o tipo de exame assim o exigir, a autorização prévia da **UNIMED-BH**, **mecanismo de regulação, nos termos da regulamentação da ANS**.

13.7. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e de internações previstos neste contrato, na área de abrangência discriminada no presente contrato, pelos médicos cooperados, credenciados e da rede própria da **UNIMED-BH** estritamente de acordo com o guia médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado) 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 cooperados e de prestadores para atendimento em intercâmbio entre as Unimeds;
- c) as normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora.

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

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

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

- 13.11. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente responsável pelo beneficiário e constará da autorização expedida.
- 13.12. Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação, previamente autorizada, deverá apresentar à **UNIMED-BH** a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente, com justificativa.
- 13.13. O regime de internação em hospital-dia relacionado ao imperativo clínico será utilizado conforme indicação e a critério do médico assistente do beneficiário.
- 13.14. Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar.
- 13.15. Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **UNIMED-BH**, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional.
- 13.16. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
- 13.17. Para todos os efeitos, será considerado um mesmo evento a nova internação ocorrida no período de 7 (sete) dias contados da alta hospitalar, desde que motivada pela mesma doença.
- 13.18. O Guia Médico com as instruções de utilização do plano de saúde estará à disposição do beneficiário, para consulta, download ou impressão **nos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta)** informando a relação da rede prestadora de serviços de saúde, bem como a relação das cooperativas participantes do Sistema Unimed Nacional.
- 13.19. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.
- 13.20. O atendimento será condicionado – exceto nos casos de urgência e emergência – à identificação civil do beneficiário (preferencialmente documento com foto), acompanhado da carteira do plano de saúde e biometria do beneficiário.
- 13.21. A autorização prévia para a realização de procedimentos médicos é mecanismo de regulação permitido pela ANS e utilizado pela **UNIMED-BH**, pelo que deve ser **apresentada** pelo beneficiário inscrito no contrato, a solicitação médica, em meio físico ou eletrônico (via Sistema), a depender da origem do atendimento dado ao beneficiário, nos termos da legislação regulamentar vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO SISTEMA UNIMED

- 14.1. O denominado **SISTEMA UNIMED** é composto por cooperativas completamente independentes entre si e que não se confundem, cada uma com a própria autonomia corporativa e cooperativista, cada uma com a própria rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, a qual pode variar conforme os planos de saúde da operadora.
- 14.2. Por meio de acordos efetuados dentro desse **SISTEMA** cooperativista, uma cooperativa pode eleger prestadores contratados por outra ou prestadores que componham a rede dela mesmo, para compor a rede de seus planos de saúde, possuindo, assim, a **UNIMED-BH**, uma rede direta (a ela diretamente ligada por vínculo negocial ou rede própria) e outra indireta (ligada a outras Unimeds por vínculo negocial com essas).
- 14.3. Dentro da área de atuação da **UNIMED-BH**, definida em contrato, o beneficiário tem acesso a atendimento na rede direta da **UNIMED-BH** e, fora dessa área, de acordo com as cláusulas deste contrato (área geográfica de abrangência), o atendimento se dá pela rede indireta da **UNIMED-BH**.
- 14.4. Quando o atendimento se dá na rede indireta da **UNIMED-BH**, necessariamente há tratamento de dados, inclusive sensíveis, dos beneficiários pela Unimed que detêm o contrato com o estabelecimento de saúde executante dos serviços, com o que desde já concorda o beneficiário, sendo que no caso de contratos coletivos o **CONTRATANTE** é coobrigado ao fornecimento dessas informações aos beneficiários titulares e dependentes.
- 14.5. Quando o beneficiário da **UNIMED-BH** é atendido na área de atuação de outra Unimed, todas as regras que a **UNIMED-BH** aplica ao tratamento de dados se aplicarão ao beneficiário da operadora, sendo ela a **CONTROLADORA** desses dados, para todos os efeitos de direito e há trânsito eletrônico desses dados entre as componentes envolvidas no atendimento e a Unimed do Brasil, quando cabível.
- 14.6. A recusa com relação a esse consentimento específico impossibilita o atendimento na rede indireta da **UNIMED-BH**, a saber, aquela fora da área de abrangência da **UNIMED-BH**.
- 14.7. Assim, os dados de identificação e de atendimento dos beneficiários, necessariamente, são recebidos e utilizados pela Unimed atuante naquela localidade onde se deu o atendimento, encaminhados para a **UNIMED-BH** e compartilhados com a Unimed do Brasil.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DAS PRERROGATIVAS DA UNIMED-BH

- 15.1. A **UNIMED-BH**, como operadora de planos de saúde, é gestora de um microsistema de saúde, no qual estão inseridos o presente contrato e cada um dos beneficiários aqui inscritos, e, na execução do presente contrato, possui as seguintes garantias contratuais, cumpridos os requisitos técnicos de sigilo e confidencialidade:
- 15.2. realização de auditorias, nos termos do definido no presente instrumento;
- 15.3. estudos de dados para averiguação de cumprimento de contratos e de normas, para prevenção de fraudes, para garantia à segurança, para melhoria dos serviços, para avaliações de sinistralidade, para fins financeiros/econômicos, contábeis, epidemiológicos, tecnológicos, de saúde pública (em parceria com o setor público) e atuariais, para desenvolvimento de algoritmos;
- 15.4. análise de dados para incremento de sua atividade;
- 15.5. defesa de seus direitos em toda e qualquer instância;
- 15.6. discussões sobre a utilização com o **CONTRATANTE**;
- 15.7. defesa de sua marca, sua propriedade intelectual, seus segredos industriais e de negócio;
- 15.8. desenvolvimento de mecanismos de cibersegurança;
- 15.9. consultas a cadastros de inadimplentes e a listagens públicas de apontamentos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 16.1. Considera-se atendimento de urgência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
- 16.2. Considera-se atendimento de emergência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.
- 16.3. Em caso de atendimentos de urgência ou emergência de beneficiários incluídos no presente contrato, que evoluírem para internação, será oferecida cobertura desde a admissão do beneficiário até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
- 16.4. Ainda que o presente plano não seja de segmentação exclusivamente ambulatorial, é necessário fazer constar no presente contrato que a regulamentação normativa da ANS prevê que aquele plano deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até

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

- 16.4.1. No caso deste contrato, portanto, quando o atendimento de emergência for efetuado **no decorrer dos períodos de carência**, deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- 16.4.2. No caso deste contrato, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 16.4.3. Caso a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

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

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

16.6. 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 (DLPs) o atendimento estará limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

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

- 16.7.1. À **UNIMED-BH** caberá:

- a) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo período de carência.
- b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLPs.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

18.1. 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.

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

Faixa Etária	Varição % 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 %

18.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados acima, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confun-

dem com o reajuste disciplinado na cláusula referente ao “REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES”.

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

18.5. 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 NONA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

19.1.1. 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.

19.1.2. 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**.

19.1.3. Essa taxa é devida pelo **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 à **UNIMED-BH**.

19.2. 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.

19.2.1. **A UNIMED-BH se obriga, para a execução deste contrato, a demonstrar que as cobranças de mensalidades e de coparticipação (e quaisquer outras cobranças contratuais referentes à utilização e/ou às demonstrações de sinistralidade) correspondem ao efetivamente realizado pelos beneficiários vinculados ao**

plano de saúde contratado no período referência da exigência, correspondendo esse dever ao direito da operadora de ser remunerada pelo serviço prestado, nos termos deste contrato.

19.2.2. **Todos os relatórios de utilização emitidos pela UNIMED-BH ao CONTRATANTE se dão em razão da presente contratação, com base no direito do CONTRATANTE de gerir o contrato, conferir os valores pagos, elaborar programas de atenção à saúde, em especial os ocupacionais, conferir resultados financeiros do contrato para negociação de reajustes e preços e todos os demais, que lhe interessarem, sendo o CONTRATANTE responsável pelos dados e pelas decisões a respeito de si, nos termos da legislação pertinente, não cabendo responsabilidade à UNIMED-BH sobre as atividades perpetradas pelo CONTRATANTE a eles relacionado.**

19.3. 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**.

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

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

19.6. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros mensais e atualização monetária calculados 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.

19.6.1. O inadimplemento das obrigações financeiras acarretará a inclusão dos dados do **CONTRATANTE** nos serviços de proteção ao crédito (SERASA, SPC e assemelhados), além de sujeitar, a critério da **UNIMED-BH**, a suspensão total dos atendimentos e rescisão do contrato, por sua culpa, conforme abaixo.

19.7. **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 à 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.**

19.8. 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** de pagar à **UNIMED-BH** o respectivo custo operacional, incluído da taxa de administração, aferido através da Tabela de Procedimentos, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

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

19.9.1. 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 – sempre considerada a área de abrangência do plano contratado – comprometendo-se a arcar com os valores que a ele forem faturados.

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

19.10. 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 19.9. do presente contrato.

19.10.1. As modificações acima descritas deverão ser comunicadas pelo **CONTRATANTE** à **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.

19.11. 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 esse for reduzido, por qualquer motivo. Nesse 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.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA COPARTICIPAÇÃO

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

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

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

20.2.1. As consultas e demais eventos realizados nas unidades de **PORTA DE ENTRADA**, ou, em substituição a essa, pelas unidades ambulatoriais de atendimento, não estão sujeitos à cobrança de coparticipação.

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

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

20.4. **DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:**

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

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

20.4.1.2. A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira do **CONTRATANTE** fixada em até 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia ou outro percentual e/ou metodologia estabelecida em regulamentação determinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e, dentro dos limites descritos por esta, **explicitada na Proposta de Admissão do presente contrato**.

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

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

20.6. **DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:**

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

20.6.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

- a) transfusões sanguíneas;
- b) procedimentos terapêuticos radioterápicos;
- c) procedimentos quimioterápicos;
- d) hemodiálise e diálise peritoneal.

20.6.3. Quando necessária disponibilização ao **CONTRATANTE**, em caráter excepcional ou em atendimento à regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de rede mais ampla do que a do presente plano, ou ainda, quando houve utilização da rede nacional em urgência e emergência, as coparticipações exigidas serão as quantificadas na Proposta de Admissão vinculada ao presente contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

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

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

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

22.2.2. As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 22.2 do presente contrato caso o Índice de Utilização (IU) – calculado conforme abaixo – seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

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

22.2.3. Na hipótese de o IGP-M acumulado ser inferior a zero (negativo), não haverá qualquer alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do contrato, sendo este o limite **mínimo** de percentual de reajuste a ser aplicado no contrato, ainda que as partes se utilizem do cálculo de IU – Índice de Utilização. Assim, resultando o cálculo de recomposição em índice menor que o IGP-M, este será utilizado, em razão da perda inflacionária.

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

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

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

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

22.5. Caso o Índice de Utilização Apurado do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento), ajustam as partes que a recomposição de preço das mensalidades serão feitas com aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula descrita no item 22.5.2, a fim de, simultaneamente, satisfazer a função de recuperar as perdas inflacionárias e manter o equilíbrio econômico financeiro do contrato, cuja meta é 75% (setenta e cinco por cento) de Índice de Utilização. Se o resultado, conforme fórmulas abaixo, for de índice inferior ao IGP-M apurado, aplicar-se-á este sendo, portanto, um “limite mínimo” de reajuste:

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

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

22.5.2. Em seguida, calculado o IU (Índice de Utilização), passar-se-á ao cálculo do percentual de recomposição, que quantifica o desequilíbrio econômico financeiro do contrato frente à meta estabelecida em 20.5:

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

22.5.3. Considerando o resultado obtido pelo cálculo acima, e levando-se em consideração que o indexador das coparticipações em valor monetário e os tetos (limites

máximos) estabelecidos na Proposta de Admissão é o IGP-M, ajusta-se que as mensalidades serão reajustadas observando-se o índice obtido através do resultado acima, sendo que o resultado do cálculo acima, a saber, o índice a ser aplicado, não poderá ser inferior ao IGP-M apurado, conforme definições deste contrato.

Legendas e definições das fórmulas:

RECEITA: soma da receita, subtraídos seus redutores (descontos e receitas canceladas).

CUSTO ASSISTENCIAL TOTAL: soma dos custos de utilização do plano, custos com promoção da saúde, reembolso de procedimentos, apropriação de médicos, prestadores de serviços, internação domiciliar, taxas da ANS, monitoramento a clientes, liminares judiciais.

PERCENTUAL DE RECOMPOSIÇÃO: percentual aferido conforme contrato, que é parâmetro para definir em quanto a **receita total** do contrato tem de ser recomposta.

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

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

22.8. 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 esse for reduzido, por qualquer motivo. Nesse 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.

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

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

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

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

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

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

22.11.1. Cálculo do Índice de Utilização:

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

Legendas e definições das fórmulas:

IU = Índice de Utilização

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

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

RECEITA TOTAL = faturamento com Assistência Médica (+) receitas de coparticipação (-) redutores da receita.

REDUTORES DA RECEITA = receitas canceladas e descontos concedidos.

22.11.2. Cálculo do Reajuste do agrupamento:

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

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

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

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

23.3. **Ocorrendo a rescisão do contrato durante o período mínimo de vigência, serão aplicadas as penalidades previstas na cláusula “DA RESCISÃO DO CONTRATO”.**

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

24.1.1. O contrato também poderá ser rescindido:

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

- b) pela **UNIMED-BH**, em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extra-judicial do **CONTRATANTE**;
- c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais;
- d) caso o **Empresário Individual** perca essa condição.

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

24.1.1.2. A **UNIMED-BH** verificará a legitimidade do **CONTRATANTE**, especialmente do Empresário Individual e da legitimidade dos beneficiários inscritos no contrato, anualmente, no mês de aniversário do contrato, requerendo-lhe a apresentação de documentos hábeis a comprovar essa condição. Se a legitimidade não for comprovada pelo **CONTRATANTE** a **UNIMED-BH** lhe emitirá aviso de resolução do contrato, com prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência e, ao fim deste, estará extinto o pacto se a irregularidade não for sanada.

24.2. 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.

24.2.1. 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.

24.2.2. Se houver rescisão culposa dentro do prazo do período mínimo de vigência, aplicar-se-á a disposição contida nos itens acima.

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

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

b) se quando da rescisão houver beneficiário internado que não possa ser removido ou transferido, os custos de internação permanecerão às expensas do **CONTRATANTE** e lhe serão faturadas em custo operacional.

24.3.1. Nos casos em que o **CONTRATANTE** for Empresário Individual, a rescisão imotivada do pacto somente poderá ser efetuada, pela **UNIMED-BH**, no mês de aniversário do contrato, com 60 (sessenta) dias de antecedência, ocasião pela qual a **UNIMED-BH** apresentará as razões da rescisão ao **CONTRATANTE**.

24.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, além das descritas no item anterior, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, inclusive àquelas referentes a procedimentos autorizados previamente à exclusão do beneficiário, mas não realizados até a referida data, 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.

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

24.6. 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 QUINTA - DAS REGRAS ANTICORRUPÇÃO E CÓDIGO DE CONDUTA E RELACIONAMENTO

25.1. O **CONTRATANTE** declara que está ciente, conhece, entende e observa integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei n.º 12.846, de 2013 (“Legislação Anticorrupção”), comprometendo-se a abster-se de qualquer atividade fraudulenta que constitua violação à legislação vigente, garantindo ainda que:

- (i) não praticará qualquer ação ou omissão que induza a **UNIMED-BH**, seus cooperados diretores, profissionais em geral e prepostos a descumprir a Legislação Anticorrupção, zelando para que esta seja cumprida;
- (ii) adota, e continuará adotando durante a vigência do presente contrato, programa de integridade e/ou políticas e procedimentos visando assegurar o

cumprimento da Legislação Anticorrupção, divulgando e disponibilizando tais políticas e procedimentos, sempre que solicitado pela **UNIMED-BH**; e

- (iii) informará expressamente aos seus profissionais, prepostos, prestadores de serviço e subcontratados que não serão admitidos pagamentos de subornos sob qualquer forma, direta ou indiretamente, bem como outras condutas que firam a Legislação Anticorrupção, em nome da **UNIMED-BH**, cooperados, diretores, empregados, colaboradores, profissionais em geral e prepostos bem como se compromete a reportar imediatamente à **UNIMED-BH** eventual suspeita da existência de tais circunstâncias.

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

25.3. A **UNIMED-BH** tem como princípio em suas relações comerciais as premissas estipuladas em seu “Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos” que encontra-se disponível de forma atualizada no site https://acoesunimedbh.com.br/relacionamento_prestadores/unimed_bh.html, tendo o **CONTRATANTE** tomado conhecimento do inteiro teor deste, comprometendo-se a conduzir suas práticas comerciais de forma ética, impessoal, objetiva, íntegra e ainda, respeitar e exigir durante a consecução do presente Contrato que o seu conteúdo normativo seja respeitado pelos seus empregados, colaboradores, prepostos e subcontratados, com ulterior compromisso de levá-lo ao conhecimento de eventuais terceiros com os quais o **CONTRATANTE** venha a manter contato para a execução do presente Contrato.

25.4. Mediante notificação prévia, poderá a **UNIMED-BH** solicitar que o **CONTRATANTE** comprove no prazo de até 10 (dez) dias corridos o cumprimento de boas práticas que visem a repudiar atos lesivos na condução de suas atividades relacionadas à **UNIMED-BH** sendo ilimitadamente responsável por qualquer infração que venha a cometer relacionada à Legislação Anticorrupção e/ou ao “Código de Conduta e Relacionamento com Clientes

Corporativos”, sem, contudo, por tal motivo, diminuir e/ou exonerar-se de suas responsabilidades perante a **UNIMED-BH**, terceiros e/ou autoridades competentes.

25.5. A **CONTRATANTE** se compromete a cooperar com as autoridades competentes em casos de eventuais investigações e fiscalizações realizadas por órgãos, entidades ou agentes públicos.

25.6. Qualquer descumprimento por parte do **CONTRATANTE** e seus subfornecedores de qualquer Legislação Anticorrupção ou do “Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos”, ensejará a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, observadas as penalidades previstas neste Contrato, ficando, ainda, o **CONTRATANTE**, responsável por indenizar a **UNIMED-BH** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão de fraude ou do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando a **CONTRATADA** autorizada, desde já, a compensar o valor desse dano junto a qualquer valor que seja eventualmente devido à **CONTRATADA**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) substitua o prestador não hospitalar por outro equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvadas as hipóteses legais;
- b) substitua a entidade hospitalar por outra equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- c) nos casos de substituição de entidade hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **UNIMED-BH** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente e pertencente à rede do presente contrato, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- d) na hipótese da substituição da entidade hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED-BH**, durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **UNIMED-BH** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

26.8.1. O disposto no item 26.8.“a” não se aplica à relação entre o cooperado e a **UNIMED-BH**, submetida ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764/1971 e aos profissionais de saúde com vínculo empregatício com a **UNIMED-BH**.

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

26.9. Qualquer tolerância quanto ao descumprimento de disposição legal ou deste contrato não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

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

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

1. REGULAMENTO DA PROTEÇÃO AOS DADOS PESSOAIS

1.1. O tratamento de dados e o compartilhamento deles com as entidades da rede (prestadores de serviços de assistência à saúde, sejam pessoas físicas, sejam pessoas jurídicas), a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e outras Unimed components do **SISTEMA** (inclusive Unimed do Brasil) são imprescindíveis para a execução deste contrato, pelo que qualquer manifestação do beneficiário que seja contrária a esses procedimentos inviabiliza a própria prestação de serviços.

1.1.1. A **UNIMED-BH** utilizará os dados produzidos na prestação de serviços de assistência à saúde ora contratada, além de na execução do próprio contrato, para o desenvolvimento e o fomento, inclusive o informacional, da própria atividade, garantida a segurança que a lei concede a esses dados.

1.1.2. O beneficiário poderá exercer os direitos que lhe são conferidos, pela lei vigente, com relação aos próprios dados, por meio dos seguintes canais:

- (i) área logada e segura denominada **espaço do cliente**;
- (ii) 4020 4020.

1.1.2.1. Com relação às atividades em que as PARTES atuam como **CONTROLADOR DOS DADOS** pessoais, podem ser exercidos pelo titular os seguintes direitos, cada qual providenciando o canal adequado para tanto:

- a) confirmação da existência de tratamento;
- b) acesso aos dados;
- c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), **quando possível**;
- e) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação vigente;
- f) eliminação, **quando possível**;
- g) informação sobre o uso compartilhado de dados;
- h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
- i) revogação do consentimento, **desde já deixando-se consignado que a revogação de consentimento pode impossibilitar a própria prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o presente contrato.**

1.1.2.2. O direito à informação e ao acesso poderá ser fornecido, a depender da requisição expressa do beneficiário:

- a) em formato simplificado ou
- b) em formato completo: declaração clara e completa, que indique a origem dos dados, a inexistência de registro, os critérios utilizados e a finalidade do tratamento, observados os segredos comercial e industrial.

1.1.2.3. As requisições acima serão atendidas, quando as solicitações forem efetuadas pelos canais corretos e comprovadas as capacidades previstas na lei:

- a) imediatamente, para o formato previsto no item “a”; ou
- b) em 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item “b”.

1.1.2.4. A recusa ou a impossibilidade de atendimento imediato da requisição serão devidamente fundamentadas, sendo que, no caso de impossibilidade de atendimento imediato, a **UNIMED-BH** informará ao beneficiário o prazo para retorno.

1.2. A **UNIMED-BH** é **CONTROLADORA DE DADOS** relacionados às atividades abaixo listadas, sendo o rol a seguir exemplificativo, não exaustivo, sendo avaliado o caso concreto:

- (a) recebimento dos dados pessoais para armazenamento nos sistemas do **CONTRATADO**, a fim de que seja possível a prestação de serviços;
- (b) emissão do cartão de identificação;
- (c) cadastramento do Cartão Nacional de Saúde;
- (d) auditoria, de qualquer tipo;
- (e) recebimento, uso, análise, armazenamento dos dados de eventos e procedimentos de saúde realizados pelo titular de dados na rede da **CONTRATADA**;
- (f) coleta de dados de Declaração de Saúde e imputação de **Cobertura Parcial Temporária - CPT**;
- (g) análise de carência;
- (h) estudo de dados para eventual abertura de processo administrativo na **ANS em razão de dados da Declaração de Saúde**;
- (i) atendimentos de demandas via remota (*call center, chatbot, e-mails, telefone etc.*), com a possibilidade de compartilhamento de dados com **OPERADORES** contratados para esses tipos de atendimentos;
- (j) procedimentos de autorização e negativa;
- (k) execução de perícia e junta médica;
- (l) elaboração de prontuário médico na rede própria;
- (m) análises de segurança, prevenção de fraudes, segurança nos processos;
- (n) identificação do titular de dados no acesso aos serviços ou em requisições junto à operadora;

- (o) contatos telefônicos, envio de e-mails, carta, atendimento pessoal nas unidades de atendimento;
- (p) recebimento, análise dos dados do ressarcimento ao SUS.

1.3. O **CONTRATANTE** é **CONTROLADOR DE DADOS** relacionados às atividades abaixo listadas, sendo o rol a seguir exemplificativo, não exaustivo:

- (a) coleta de dados pessoais junto ao titular de dados, para armazenamento e uso, na qualidade de empregadora ou para as atividades de sócio e/ou administrador;
- (b) interface com a **UNIMED-BH** com relação à execução do plano de saúde, solicitando providências e esclarecimentos relacionados a titular de dados que lhe seja vinculado, nos termos deste contrato;
- (c) remessa dos dados pessoais do titular de dados para a **UNIMED-BH**, a fim de possibilitar a execução do contrato de plano de saúde;
- (d) coleta dos documentos comprobatórios da condição que permite a inclusão do titular dos dados no plano de saúde e remessa deles para a **UNIMED-BH**, conforme exigências contratuais aqui dispostas;
- (e) controle e atualização dos dados pessoais dos beneficiários junto à **UNIMED-BH**;
- (f) movimentação de beneficiários – encaminhamento via MEE das solicitações de inclusão e exclusão de beneficiários –;
- (g) requisições da listagem de beneficiários ativos, incluídos no contrato;
- (h) recebimento dos dados de execução do plano de saúde, para a satisfação das demandas dos titulares dos dados ou da **CONTRATANTE**, nesta posição: via *e-mail*, via telefônica ou quaisquer outras vias definidas formal ou tacitamente pelas PARTES;
- (i) recebimento, uso, armazenamento, análise, reprodução e todo e qualquer tratamento dos relatórios relacionados à execução do contrato de plano de saúde, inclusive contendo dados financeiros, de sinistralidade, eventos e procedimentos, coparticipação, de ofensores, a depender do que deseja obter da **CONTRATADA**, segundo normas legais;
- (j) remessa de dados a médico do trabalho, caso isso tenha sido acordado entre as PARTES, com eventual uso e análise dessas informações;
- (k) análise de dados financeiros, de sinistralidade e outros, do plano para a política interna de benefícios do contratante, cobrando os valores decorrentes dessa análise diretamente do beneficiário, se for o caso;
- (l) oferta do plano de inativos e emissão do termo de opção de permanência do titular de dados;

- (m) contratação do plano exclusivo para inativos para essa massa de beneficiários, quando for o caso;
- (n) análise de dados financeiros do plano exclusivo para inativos, quando for o caso;
- (o) levantamento e análise de dados decorrentes de processos judiciais movidos contra as PARTES, em conjunto ou separadamente, mas que de alguma forma impacte nos custos e na execução do presente plano de saúde;
- (p) recolhimento das carteiras de identificação dos beneficiários;
- (q) se houver Comitê de Saúde relacionado ao contrato, presume-se que o **CONTRATANTE** tenha os consentimentos necessários para acesso a dados, ainda que pelo médico do trabalho.

1.4. CONSENTIMENTO

1.4.1. A maior parte das atividades que envolvem tratamento de dados, pela UNIMED-BH, encontra respaldo na legislação nacional vigente e na regulamentação das autarquias reguladoras, o que está sob constante revisão. Com a assinatura do presente contrato, as PARTES devem diligenciar o enquadramento das atividades das quais sejam CONTROLADORAS, nas bases legais descritas na lei. Os consentimentos devem ser dados pelo beneficiário titular – com relação a si e a seus dependentes menores de 12 (doze) anos. É imprescindível a coleta do consentimento de maiores de 12 (doze) anos.

1.4.1.1. O CONTRATANTE se compromete a atuar em colaboração com a UNIMED-BH para a obtenção dos consentimentos que se façam necessários ao tratamento de dados envolvidos neste contrato.

1.5. FINALIDADES DO TRATAMENTO DE DADOS PELA UNIMED-BH

1.5.1. Os dados pessoais dos beneficiários são imprescindíveis para a prestação dos serviços objeto deste contrato. Por essa razão, a UNIMED-BH não pode prescindir deles. Isso tornaria impossível a prestação de serviços. Esse tratamento está vinculado às seguintes finalidades, as quais devem ser informadas, pelo CONTRATANTE, ao beneficiário:

- a. para a própria contratação – como é uma relação estritamente contratual, em que o CONTRATANTE é o estipulante dos serviços que serão prestados aos titulares dos dados, a correta identificação destes é primordial para a prestação de serviços. Os dados são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos ou por meio de gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH;

- b. no caso de contratos coletivos, para a comprovação de vínculo entre a pessoa jurídica contratante e o beneficiário e entre o beneficiário titular e os seus dependentes;
- c. para consulta e inclusão de dados em cadastros de restrição ao crédito, listas de impedidos e assemelhados;
- d. para preenchimento da declaração de saúde – o beneficiário, em algumas situações, tem de preencher a declaração de saúde, informando as doenças e lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação. Isso pode gerar imputação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, em que são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos e gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH;
- e. para análise de carência, cobertura parcial temporária, agravo, reopção de agravo – análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados;
- f. para viabilização do PEA – Plano de Extensão Assistencial, quando componente da contratação do plano de saúde;
- g. para termo de opção de permanência – em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria, a empregadora ofertará a permanência em plano de saúde, exclusivamente, para inativos ou não, por meio do termo de opção. As informações constantes nesse termo serão conferidas pela UNIMED-BH junto ao beneficiário e/ou ao contratante, presencialmente, por meio de ligação gravada ou outros;
- h. para perícia Médica – a UNIMED-BH pode requisitar que o beneficiário passe por perícia médica, na qual serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos. Nessa ocasião, o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Esse processo pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, situação em que são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos ou gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED-BH;
- i. para biometria – o beneficiário se submeterá ao cadastramento biométrico e terá a biometria conferida nos atos de atendimento, para a segurança dele

- e da UNIMED-BH. Esta poderá, ainda, avaliar frequentemente os índices de correção do processo de coleta de biometria junto à rede prestadora, elaborando relatórios, gráficos e análises pertinentes à segurança e à prevenção contra fraude;
- j. para a emissão das carteiras de identificação – com a contratação do plano de saúde, cada beneficiário receberá uma carteira do plano (física e/ou virtual), com um número de identificação específico, denominado CCO, que será um dos responsáveis por identificá-lo;
 - k. para identificação do beneficiário – o beneficiário se identificará civilmente (por todo e qualquer documento que seja hábil para essa identificação) e por meio da carteira do plano de saúde, para fazer jus à prestação de serviços, quando houve solicitações por via telefônica, e-mail, chatbots, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela UNIMED-BH ou por terceiros por ela contratados, para a segurança dela e do beneficiário;
 - l. para elaboração do prontuário – as unidades e profissionais de saúde elaborarão prontuários médicos com os dados dos beneficiários. Essas unidades serão as CONTROLADORAS dos dados neles constantes;
 - m. para análises de prontuários para investigação de eventos adversos, segurança do paciente, doenças de comunicação obrigatória, busca de leitos, aquisição de órteses/próteses e materiais especiais, monitoramento de epidemias/pandemias e dados epidemiológicos, análise sobre a prestação de serviços da rede prestadora, otimização de atendimento, conferência de conta, análise da Troca de Informações de Saúde Suplementar – TISS, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos;
 - n. para visitas comerciais, assistência/programas de assistência à saúde – a depender do produto, serviço contratado, o beneficiário pode receber visitas, no endereço residencial informado no ato da contratação e/ou da solicitação;
 - o. para contatos telefônicos, e-mails, carta e pessoal – quando nas unidades de atendimento – são canais regulares de comunicação dos setores (i) comerciais/*marketing*; (ii) atendimento ao cliente; (iii) médicos auditores; (iv) enfermeiros auditores; (v) ouvidoria; (vi) jurídico; (vii) atendimento administrativo em geral; (viii) financeiro e cobrança; (ix) pesquisa de satisfação do cliente. Em alguns casos, o contato pode ser feito por empresa terceirizada OPERADORA DE DADOS;

- p. para acesso a dados para solução de demandas requeridas pelo próprio beneficiário ou pelo interlocutor da pessoa jurídica contratante, em seu nome, com compartilhamento com entidades da rede, seguradora e setores internos;
- q. para fornecimento de todos os dados necessários para os eventos de cobrança e pagamento das mensalidades e coparticipações do plano de saúde, assim como eventuais reembolsos, conforme processo aberto pelo beneficiário – a UNIMED-BH pode fazer estudos, relatórios, painéis informativos sobre toda a movimentação de receitas e despesas dos planos de saúde. Isso pode se dar, ainda, para pagamento de outras Unimed, quando há uso da rede de outra região;
- r. para elaboração das contas pelos componentes da rede do plano de saúde (entidades, profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros), as quais são abertas, com discriminação de item a item, procedimento a procedimento, assim como o Diagnosis Related Group – DRG, os quais servem como forma de remuneração dos mencionados componentes da rede;
- s. para troca de informações em saúde suplementar – são finalidades do padrão TISS: I – padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas; II – subsidiar as ações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e III – compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde;
- t. para envio do Sistema de Informação de Beneficiários – SIB à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, continente de dados pessoais do beneficiário;
- u. para auditoria de contas – isso permite que a UNIMED-BH verifique a regularidade do que foi prestado ao beneficiário, para efetuar os pagamentos à rede, como forma de zelar pelo cumprimento da lei e pela saúde financeira dos planos de saúde;
- v. para auditoria médica e de enfermagem;
- w. para preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos, análise/auditoria e pré-autorização desses, armazenamento e estudos relacionados – essas guias são remetidas para a UNIMED-BH, para a verificação de conformidade contratual e/ou com o Rol da Agência Nacional

de Saúde Suplementar – ANS e suas Diretrizes Clínicas e/ou Diretrizes de Utilização;

- x. para laudos médicos e de outros profissionais da área de saúde, de exames e procedimentos – para subsidiar os processos de autorização e quaisquer outros necessários para a execução do contrato de plano de saúde;
- y. para avaliações, estudos, análises, construção de indicadores, levantamento de custos, sinistralidade, eventos que sejam necessários para a realização da atividade empresarial da operadora de planos de saúde, o pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), a elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, as provisões técnicas e financeiras;
- z. para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados, além das obrigações perante o Sistema Unimed;
- aa. para a realização de auditorias de processos – essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, o aprimoramento constante, nas áreas assistencial, de segurança, prevenção a fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança, segurança do paciente;
- ab. para investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos para otimização dos serviços prestados objetos deste contrato;
- ac. para o processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, a emissão dos competentes documentos de cobrança (boletos, extratos de utilização/relatórios de utilização), a elaboração e a confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios exigidos pelo CONTRATANTE do plano – pode haver compartilhamento de dados com gráficos e bancos (instituições financeiras), com remessa mínima de dados, para alcançar o escopo da atividade;
- ad. para os serviços de remoção hospitalar, atenção domiciliar e outros oferecidos pela UNIMED–BH, os quais não se confundem com o plano de saúde, quando serão colhidos dados e alimentados sistemas eletrônicos, formulários, específicos para a prestação desse tipo de serviços e prontuários próprios, quando for o caso;
- ae. para uso em defesas administrativas, pré-administrativas, judiciais, respostas a ofícios, intimações, citações ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades, órgãos públicos;

- af. para a instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas e privadas e a órgãos públicos;
- ag. para a alimentação de sistemas informatizados, aplicativos com resultados de exames, laudos, dados de saúde e todas as demais movimentações, solicitações, relacionadas ao contrato de plano de saúde;
- ah. no caso de contratação de produtos de saúde ocupacional – a UNIMED–BH realizará os programas determinados pelas regulamentações do Ministério do Trabalho, emitindo os documentos a eles relacionados, o que será compartilhado com a contratante dos serviços, mas também armazenados por esta;
- ai. para a avaliação técnica de solicitações e procedimentos realizados para a oferta de programas e serviços específicos, segundo os interesses do beneficiário, a avaliação de satisfação do beneficiário;
- aj. para a avaliação, por parte da própria UNIMED–BH ou de terceiro contratado, da satisfação do beneficiário participante de programas, serviços de assistência à saúde;
- ak. para a assinatura de termos de consentimento informado, assim como o armazenamento e o compartilhamento desses com órgãos públicos quando for o caso;
- al. para agendamento, controle, confirmação e cancelamento de consultas, para eventual contato, para estudos relacionados a absenteísmo, frequência em serviços de urgência e emergência e uso de serviços de telessaúde, de determinada especialidade, com geolocalização e outros, com o mesmo viés;
- am. para realizar cuidados em saúde; monitorar planos terapêuticos e ou de cuidado; para recebimento, análise e estudos de dados recebidos por meio de vestíveis eletrônicos ou monitoramento remoto;
- an. para estudos de preço e de mercado;
- ao. para elaboração, aplicação, construção de sites, aplicativos, programas.

2. CLÁUSULA DE SIGILO E SEGURANÇA DE DADOS

2.1. As PARTES deverão manter sigilo com relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, com o dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

2.2. As PARTES se comprometem, como **CONTROLADORAS** de dados pessoais, a manter em sigilo os dados de beneficiário compartilhados em razão do presente contrato, nos termos da legislação vigente.

2.3. O **CONTRATANTE** e a **UNIMED-BH** expressamente se comprometem a tratar os dados sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o beneficiário com estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

2.4. As PARTES devem adotar as melhores técnicas, processos, controles de acesso, treinamentos, campanhas educativas e quaisquer outras, a fim de evitarem violação do sigilo dos dados de que trata a presente cláusula, arcando com os prejuízos a que derem causa em razão de ações ou omissões quanto às obrigações contidas na LGPD (Lei nº 13.709/2018).

2.5. O **CONTRATANTE**, assim como a **UNIMED-BH**, deve possibilitar o exercício dos direitos do titular dos dados, conforme legislação brasileira vigente sobre o tema.

2.6. Qualquer ocorrência de violação do sigilo dos dados deve ser prontamente comunicada à contraparte contratual, sendo que todas as apurações e medidas de contenção, assim como todas aquelas especificadas na legislação competente acerca da matéria, devem ser tomadas, de forma imediata, a fim de se minimizarem os danos.

2.7. Cada uma das PARTES contratuais é responsável pelos atos de seus operadores.

3. DA RESPONSABILIDADE E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

3.1. Sem prejuízo do disposto nas cláusulas anteriores, cada PARTE será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventual acesso indevido, não autorizado e por vazamento ou perda dos dados pessoais relativos aos tratamentos de sua responsabilidade, considerando-se, ainda, a classificação da PARTE em **CONTROLADORA** ou **OPERADORA** em determinada atividade.

3.2. Cada PARTE, quando exercendo papel de **CONTROLADORA**, será responsável pelo cumprimento dos requisitos legais da base legal, pelo exercício do direito do titular e por demais ônus que a regulamentação atribua aos **CONTROLADORES** de dados pessoais.

3.3. Perante o titular dos dados, a responsabilidade das contraentes pode ser solidária, nos termos da lei, mas, contratualmente, a responsabilidade será imputada em conformidade com a ação e a omissão culposa de cada uma das PARTES, devidamente apuradas, sendo que aquela que infringir os termos da legislação vigente e do presente ficará obrigada a ressarcir a outra PARTE, na mesma medida dos danos.

3.4. Caso as PARTES sejam demandadas por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da outra PARTE fica garantido o direito de chamamento ao processo, ou denúnciação

à lide, nos termos do Código de Processo Civil – conforme a classificação adotada no presente e a apuração de responsabilidade quanto ao incidente.

3.5. As PARTES disponibilizarão toda a documentação necessária para demonstrar o cumprimento das obrigações estabelecidas neste contrato ou na legislação de proteção de dados aplicável, sendo facultada a realização de auditorias, mediante a contratação de empresa terceira ou não, em período previamente combinado entre as PARTES. Fica garantido às PARTES o direito à realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas da empresa, com o objetivo de verificar as medidas e controles de segurança da informação e a adequação do tratamento de dados pessoais ao objeto e às obrigações do presente contrato.

3.6. As PARTES implementarão e manterão medidas técnicas e organizacionais apropriadas para a proteção da segurança (incluindo proteção contra processamento não autorizado ou ilegal e contra destruição acidental ou ilegal, perda ou alteração ou dano relacionados aos dados pessoais, assim como divulgação não autorizada destes ou acesso indevido a eles), da confidencialidade e da integridade dos dados pessoais.

3.7. Mediante solicitação da contraparte, o acionado fornecerá evidências da eficácia das medidas técnicas e organizacionais por meio de (i) certificados atuais de auditor, relatórios ou trechos de relatórios fornecidos por órgãos independentes (por exemplo, auditor, diretor de proteção de dados, departamento de segurança de tecnologia da informação – TI, auditor de privacidade de dados, auditor de qualidade) ou (ii) uma certificação adequada de segurança de TI ou auditoria de proteção de dados.

3.8. As PARTES se comprometem a tratar os dados pessoais relacionados ao objeto deste contrato somente nos estritos limites aqui previstos. Na hipótese de qualquer alteração nos termos previstos neste contrato, as PARTES deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

ANOTAÇÕES



