

bem *digital*

Cobertura ambulatorial +
hospitalar com obstetrícia.



APARTAMENTO



INDIVIDUAL



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 16.513.178/0001-76

Produto: Bem Digital

Nº de registro na ANS: 34.388-9

Nº de registro do produto: 490.441/21-9

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

Tel.: 0800 030 30 03

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.	6
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.	6
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.	12
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.	12

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	15
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas das quais o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	15
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.	17 27
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	30
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	30
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.	29
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.	-

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

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



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

BEM DIGITAL REGIONAL INDIVIDUAL APARTAMENTO

Tipo de Contratação: Individual

Área de Atuação: Regional - Belo Horizonte, Betim, Contagem e Nova Lima

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

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

Rede: Rede Digital

Registro na ANS: 490.441/21-9

CONTRATO Nº:

Sumário

Guia de Leitura Contratual	1
Cláusula Primeira - Do Objeto do Contrato e Algumas Premissas da Contratação	4
Cláusula Segunda - Da Área da Prestação dos Serviços e da Rede do Produto	6
Cláusula Terceira - Dos Beneficiários	7
Cláusula Quarta - Das Inclusões e Exclusões de Beneficiários	8
Cláusula Quinta - Do Cartão Individual de Identificação	10
Cláusula Sexta - Da Identificação do Beneficiário para Acesso aos Atendimentos	11
Cláusula Sétima - Das Coberturas	12
Cláusula Oitava - Das Exclusões	12
Cláusula Nona - Das Carências	15
Cláusula Décima - Das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLPs)	15
Cláusula Décima Primeira - Das Condições de Atendimento	17
Cláusula Décima Segunda - Do Sistema Unimed	20
Cláusula Décima Terceira - Das Prerrogativas da UNIMED-BH	21
Cláusula Décima Quarta - Do Atendimento de Urgência e Emergência	22
Cláusula Décima Quinta - Das Faixas Etárias	23
Cláusula Décima Sexta - Dos Preços e Condições de Pagamento	25
Cláusula Décima Sétima - Da Coparticipação	27
Cláusula Décima Oitava - Do Reajuste e Revisão dos Valores	29
Cláusula Décima Nona - Da Vigência do Contrato	30
Cláusula Vigésima - Da Rescisão do Contrato	30
Cláusula Vigésima Primeira - Das Disposições Finais	32
Anexo I - Das Definições	35
Anexo II - Do Tratamento de Dados Pessoais	44

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO E ALGUMAS PREMISSAS DA CONTRATAÇÃO

SEÇÃO I - ASPECTOS GERAIS:

1.1. Adquirindo este plano de saúde, você adquiriu os serviços de **assistência médico-hospitalar** - plano de saúde com **segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetria**.

1.1.1. Outras características importantes deste plano de saúde:

Cobertura: Rol de Eventos e Procedimentos da ANS. Não há cobertura além do Rol neste plano.

Seu plano é coparticipativo. O **CONTRATANTE** paga um valor determinado ou percentual, conforme proposta, por evento/procedimento de saúde realizado por cada um dos beneficiários nele inscritos.

Este plano é individual.

O atendimento é prestado unicamente na rede do produto, distribuída nas cidades que compõem a sua área geográfica de abrangência.

Este plano tem como **foco o atendimento virtual** e a análise de dados gerados nos atendimentos e realização de procedimentos.

1.2. São documentos integrantes deste contrato:

- 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, acesso “Espaço do Cliente”**;
- 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”**.

1.3. São premissas deste plano de saúde:

- 1.3.1. **TELESSAÚDE** – os atendimentos serão realizados preferencialmente via remota;
- 1.3.2. **PORTA DE ENTRADA**: este plano de saúde possui **PORTA DE ENTRADA**. Para fazer jus aos atendimentos agendados, o beneficiário deve acessar o **BEM SAÚDE ON-LINE 24H** para os atendimentos remotos, via aplicativo (chat) ou telefone.
- 1.3.3. **SOLUÇÃO EM SAÚDE**: construção e oferta de produtos, serviços, facilidades e funcionalidades, planos de cuidados, sugestão de percurso assistencial, emissão de alertas/lembretes, agendamento/sugestão de consultas e exames.
- 1.3.4. **Análise de dados obtidos com a prestação de serviços e fornecidas pelo próprio beneficiário, para a construção das Soluções em Saúde: esta é uma premissa desta contratação. Todos os dados de saúde gerados da prestação de serviços, os dados de saúde informados por você, todo o seu histórico eventualmente tratado em prestadores da rede será usado, coletado, classificado, reproduzido, dará origem a novos dados, armazenados, analisados, para a prestação de serviços que caracteriza este contrato, para a oferta das SOLUÇÕES EM SAÚDE e para o uso das funcionalidades do aplicativo. Com o que você consente, por si e seus dependentes menores.**

1.4. Após a contratação do plano, os beneficiários deverão efetuar o download do aplicativo do **BEM DIGITAL**, preencher os campos com as informações solicitadas, assinalar os consentimentos caso esteja de acordo e preencher o **QUESTIONÁRIO DE SAÚDE** lá disponibilizado.

- 1.4.1. O **QUESTIONÁRIO DE SAÚDE** se constitui em uma forma de a **UNIMED-BH** conhecer a saúde do beneficiário com mais detalhamento, a fim de oferecer as **Soluções em Saúde** que caracterizam este plano. **Este questionário não se constitui em meio de seleção de risco e não acarreta quaisquer ônus ao beneficiário.**

SEÇÃO II - TRATAMENTO DE DADOS:

1.5. Este plano de saúde **tem como premissa a coleta, tratamento, análise, uso, estratificação, classificação, reprodução, compartilhamento, armazenamento de seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, para a prestação de serviços que caracteriza este contrato, para a oferta das SOLUÇÕES EM SAÚDE e para o uso das funcionalidades do aplicativo. Com o que você consente, por si e seus dependentes menores.**

1.6. No **Anexo II** consta o Regulamento da Proteção de Dados deste Plano de Saúde.

1.7. **O beneficiário deverá acessar o aplicativo do plano e ao espaço do cliente, para ter acesso às funcionalidades deste produto.**

CLÁUSULA SEGUNDA - DA ÁREA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA REDE DO PRODUTO

2.1. Este plano de saúde tem uma **área geográfica de abrangência**, que é a região na qual a operadora está obrigada a prestar o atendimento, no caso: **Belo Horizonte, Betim, Contagem e Nova Lima (Grupo de Municípios ou Regional), municípios onde está localizada a rede de atendimento deste plano de saúde - veja o guia da rede deste produto em www.unimedbh.com.br.**

2.1.1. **O atendimento aos beneficiários do plano somente se dará nos prestadores que compõem a rede deste produto**, a ser consultada através do aplicativo do seu plano, conforme indicado pela **UNIMED-BH**, portal **www.unimedbh.com.br**, acesso **“Guia Médico e Rede”**, e pelo telefone **(31) 4020-4020**.

2.1.2. Os beneficiários poderão ter atendimento **em prestadores do Sistema Unimed Nacional** - exceto os de alto custo e/ou tabela própria - (veja a rede do Sistema Nacional em **www.unimed.coop.br**), **única e extraordinariamente em caso de urgência e emergência**, limitado este atendimento a:

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

2.1.3. **Não estão incluídos no atendimento de urgência e emergência acima tratado os prestadores da “Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo”, disponível em www.unimedbh.com.br. Mantenha-se atualizado, pois essa lista pode sofrer alteração.**

2.2. **É importante lembrar que o seu produto tem uma PORTA DE ENTRADA que é o Bem Saúde On-Line 24h.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS BENEFICIÁRIOS

3.1. Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, é considerado beneficiário titular a pessoa natural, identificada como tal na Proposta de Admissão, destinatária principal dos serviços deste contrato, regra geral, coincidente com a figura do **CONTRATANTE**.

3.1.1. No caso de o beneficiário titular – quando coincidente com a posição de **CONTRATANTE** – ser menor ou incapaz, os instrumentos jurídicos e os atos de execução do contrato serão firmados/praticados por seu representante legal, munido dos instrumentos legais que lhe outorguem essa condição.

3.1.2. O representante legal assumirá todas as obrigações decorrentes deste contrato imputadas ao **CONTRATANTE**, firmando-o em representação e como **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** pelo pagamento das contraprestações decorrentes da prestação de serviços ora contratada, conforme cláusula **DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO** do presente contrato.

3.1.3. **Alcançada a maioridade do beneficiário titular ou a cessada a sua incapacidade não estará afastada, automaticamente, a figura do RESPONSÁVEL FINANCEIRO, que permanecerá responsável pelas obrigações financeiras e de movimentação do contrato até que se manifeste em sentido contrário ou até que seja formalmente afastada a sua responsabilidade, pelo CONTRATANTE.**

3.2. 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, filho adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob a curatela do beneficiário titular.

- 3.2.1. Em caso de extinção do vínculo do beneficiário titular, os beneficiários dependentes poderão assumir as obrigações contratuais de pagamento sem, entretanto, assumir a posição de beneficiário titular, assinando os instrumentos respectivos, em conformidade com este contrato, mantendo-o vigente.
- 3.3. **São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:**
- 3.3.1. inscrição do **recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular**, como beneficiário 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:
- 3.3.1.1. 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.
- 3.3.2. inscrição do **filho adotivo, menor de 12 (doze) anos**, como beneficiário dependente, isenta 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:
- 3.3.2.1. 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 (doze) anos seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular.
- 3.3.3. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia.
- 3.4. Os documentos comprobatórios de cumprimento desta cláusula contratual serão remetidos pelo **CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO TITULAR OU RESPONSÁVEL FINANCEIRO** e armazenados pela **UNIMED-BH** pelo prazo necessário para defesa de seus direitos, nos termos da regulamentação legal vigente.

CLÁUSULA QUARTA - DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

- 4.1. O **CONTRATANTE** informará na Proposta de Admissão 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**, responsabilizando-se pela veracidade das informações, para todos os fins de direito.

4.2. O **CONTRATANTE** obriga-se a formalizar para a **UNIMED-BH** as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato, que não gerarão efeitos em caso de erro de preenchimento ou declaração pelo declarante.

4.2.1. O **CONTRATANTE** manterá o seu cadastro e de seus beneficiários dependentes atualizados e será responsável pelas informações neles contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil, ou informação inexata. Atenderá, ainda, às solicitações para a apresentação de documentação complementar formulada pela **UNIMED-BH**.

4.3. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas no presente contrato será excluído do plano. Além disso a exclusão se dará quando:

- a) houver prática de ato ilícito ou fraude na utilização do plano de saúde ou no fornecimento de informações à **UNIMED-BH**;
- b) Em caso de óbito, desde que o evento seja comunicado à **UNIMED-BH**;
 - b.1) se ocorrer o falecimento do beneficiário dependente, o **CONTRATANTE** deve comunicar imediatamente à **UNIMED-BH**, sendo que somente a partir dessa comunicação extinguir-se-á o vínculo, não sendo mais devidos os valores de mensalidade a partir da informação de falecimento. As coparticipações de procedimentos já realizados serão cobrados, nos termos deste contrato;
 - b.2) se ocorrer a morte do beneficiário titular, a comunicação deve ser feita imediatamente pelo beneficiário dependente, **quando houver**, para que se efetive a rescisão do contrato ou para que seja exercido o direito de assunção das obrigações contratuais, nos termos do item 6.4.1. Caso a morte do beneficiário seja comunicada por outra pessoa, que não o dependente, este deverá se manifestar a fim de optar pela assunção das obrigações de pagamento da presente assistência à saúde e, caso não o faça, o contrato será rescindido;
 - b.2.1) as coparticipações relativas aos procedimentos já efetuados e as mensalidades em aberto devem ser pagas à **UNIMED-BH** pelos herdeiros do beneficiário titular, na forma da Lei ou pelo beneficiário dependente que assumir as obrigações trazidas pelo presente contrato.

4.3.1. Conforme previsto na regulamentação vigente da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – a extinção do vínculo do beneficiário titular do plano individual/familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos beneficiários

dependentes **já inscritos** o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, desde que:

- a) no momento da formalização da extinção do vínculo do beneficiário titular, quando informada pelo próprio dependente ou quando do contrato da **UNIMED-BH**, manifeste(m) a opção por manter o contrato;
- b) formalize(m) instrumento adequado a essa contratação;
- c) assumam(m) o pagamento das contraprestações;

4.3.2. O disposto no item 4.3.1 não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;

4.4. O **CONTRATANTE** se obriga, quando das exclusões ou rescisão, a devolver para a **UNIMED-BH** os respectivos cartões de identificação.

CLÁUSULA QUINTA - DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

5.1. Estando aceitos e incluídos os beneficiários, a **UNIMED-BH** fornecerá o cartão individual de identificação virtual, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e identificação biométrica, assegurará o acesso do beneficiário à prestação de serviços de plano de saúde ora contratada. Cabe à **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação.

5.1.1. Os prestadores de serviços componentes da rede conferirão a identificação civil, biometria e condição de beneficiário, para acesso aos serviços, assim como adotarão processos de conferência e coleta de dados que sejam necessários para seus processos internos.

5.2. Para emissão de nova via de cartão de identificação, caso seja solicitada por opção do **CONTRATANTE**, será exigido o pagamento de uma taxa por cada cartão solicitado, a ser faturada juntamente com as mensalidades e coparticipações, no valor vigente à época da requisição, disponível para consulta no site **www.unimedbh.com.br**.

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

5.3. O **CONTRATANTE** se obriga, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda de exclusão do beneficiário dependente, a devolver para a **UNIMED-BH** os respectivos cartões de identificação 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.

5.3.1. Considera-se uso indevido 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.

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

CLÁUSULA SEXTA - DA IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO PARA ACESSO AOS ATENDIMENTOS

6.1. Para acesso aos serviços o beneficiário deve efetuar o download do aplicativo do seu plano, conforme indicado pela UNIMED-BH, em seu aparelho de celular e/ou tablet, identificar-se inserindo os dados solicitados, consentir com os termos de uso e da lei geral de proteção de dados. O IP do aparelho celular será vinculado à identidade do beneficiário.

6.1.1. Para o atendimento presencial os prestadores de serviços de saúde componentes da rede conferirão a identificação civil, biometria e condição de beneficiário, para acesso aos serviços, assim como adotarão processos de conferência e coleta de dados que sejam necessários para seus processos internos.

6.1.2. Somente tem direito de usar o plano de saúde o beneficiário nele devidamente incluído, sendo que o uso por terceiros que não sejam beneficiários será considerado fraude, acarretando a imputação do custo operacional ao **CONTRATANTE** (custo do evento ou procedimento conforme tabela com prestadores) e possibilitando a rescisão do contrato ou exclusão do beneficiário.

6.2. Nos atendimentos presenciais o beneficiário deve apresentar identificação com foto, além da carteira virtual do plano e cadastrar a identificação biométrica para ter acesso aos serviços.

6.3. No atendimento remoto – telessaúde – o beneficiário deverá confirmar a sua identidade perante a equipe de atendimento, responsabilizando-se por este ato para todos

os fins. A UNIMED–BH se utilizará de todos os recursos disponíveis para a confirmação de identidade do beneficiário que acessa os serviços.

6.4. As utilizações indevidas para obtenção de atendimento ainda que após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, mas imputáveis a mau uso do plano pelos beneficiários, lhes serão exigidas, em custo operacional.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS COBERTURAS

7.1. As coberturas de seu contrato **limitam-se às trazidas pelo Rol de Procedimentos e Eventos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme a segmentação do plano de saúde.** A cláusula contratual descritiva pode ser acessada por você a qualquer momento em www.unimedbh.com.br, acesso “Espaço do Cliente” e o Rol pode ser consultado no site da ANS, www.ans.gov.br, acesso “Planos e Operadoras”, “Espaço do Consumidor”.

Sempre que a Agência Nacional de Saúde Suplementar modificar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a cobertura de seu contrato se modificará automaticamente para acompanhá-lo, conforme segmentação contratada.

Importante: Este plano não possui coberturas para procedimentos, eventos e serviços que não estejam descritos no Rol da ANS. Atenção, ainda, às Diretrizes de Utilização e Diretrizes Clínicas.

CLÁUSULA OITAVA – DAS EXCLUSÕES

8.1. **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, que 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, ficando claro que a mamoplastia para estes fins não está assegurada;
- 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 realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados e entidades não contratadas;
- w) procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência contratada;
- x) 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, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação do acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contra-indicação do médico assistente;
- 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;
- ah) serviços adicionais não previstos neste instrumento;
- ai) programas de atenção domiciliar e Unibaby ou quaisquer outros programas e serviços, ainda que prestados em outros planos de saúde da UNIMED-BH, não compõem o escopo deste contrato.

CLÁUSULA NONA - DAS CARÊNCIAS

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

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

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

9.3. Contratada a ampliação da cobertura por meio dos módulos opcionais, os beneficiários ficarão sujeitos às carências e limites previstos para cada um deles.

9.4. O beneficiário que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com acomodação em padrão superior ou acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde constantes neste plano deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação ou os prazos de carência específicos para os demais serviços, entidades. Em caso de a internação ocorrer durante o prazo de carência autorizado por lei, citado neste item, será assegurada a utilização da acomodação antes contratada.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES (DLPs)

10.1. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde e carta de orientação ao beneficiário, informar à **UNIMED-BH** sobre doença ou lesão preexistente (DLP) à época da adesão ao presente contrato, podendo solicitar um médico para orientá-lo. A não informação ou informação errônea na declaração de saúde podem caracterizar fraude, **ficando o beneficiário 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.

- 10.1.1. 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).
- 10.1.2. Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.
- 10.1.3. 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).
- 10.1.4. A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.
- 10.1.5. Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá a ela remeter documentação necessária para instrução do processo.
- 10.1.6. 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.
- 10.2. 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 da **UNIMED-BH**, e designado por esta, sem qualquer ônus ou pode optar por profissional não pertencente à rede prestadora, mas neste caso assumirá os ônus dos custos médicos. A entrevista qualificada tem por objetivo orientar o beneficiário sobre a declaração de saúde, cobertura e consequências do preenchimento inadequado desse documento.
- 10.3. A **UNIMED-BH** não poderá alegar omissão de informação de doenças ou lesões preexistentes (DLP) quando realizar qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.
- 10.4. 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), a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade (definidos no Rol de Procedimentos e Eventos divulgado pela ANS em seu site www.ans.gov.br) quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente (DLP).

10.5. 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.

10.6. 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 e, quanto imputada a 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.

10.7. 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.

10.8. 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 PRIMEIRA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

11.1. A **Porta de Entrada** dos beneficiários para a realização dos atendimentos é o **BEM SAÚDE ON-LINE 24H**, ao qual o beneficiário **terá acesso após o download do aplicativo do plano, conforme indicado pela UNIMED-BH**, para sua identificação, cadastramento, consentimentos e demais providências cabíveis.

11.1.1. **COMPOSIÇÃO DA UNIDADE: a unidade é composta por uma equipe multidisciplinar de saúde e o atendimento do beneficiário se dará nos moldes do permitido pela legislação que regulamenta a matéria.** Além das consultas solicitadas, e das consultas previamente agendadas, é disponível o atendimento receptivo por meio do telefone 0800 8820 702. É 24 horas, 7 dias por semana e tem como objetivo esclarecer dúvidas relacionadas à saúde, fornecer informações sobre patologias e prestar orientações de primeiros socorros. O atendimento é realizado por profissionais de saúde e, se necessário, de acordo com a complexidade, há o direcionamento para a equipe médica.

11.2. Após efetuado o download do aplicativo, a identificação, consentimentos e demais primeiros passos, será apresentado ao beneficiário um questionário de saúde, o qual servirá para a avaliação das condições de saúde do beneficiário para a entrega da Solução em Saúde a qual este plano de saúde se propõe.

11.2.1. O questionário contém perguntas mais aprofundadas sobre a saúde do beneficiário, o qual pode ainda, além de respondê-las, remeter dados, arquivos, retroalimentar o aplicativo, para aprimorar ainda mais a entrega da Solução em questão.

IMPORTANTE: O questionário não serve como instrumento de seleção de risco, mas como um instrumento para fomentar a construção da Solução de Saúde proposta por este plano digital.

11.2.2. As respostas dadas no questionário, a utilização do plano de saúde, resultados das consultas, os resultados de exames realizados no uso do plano ou fornecidos pelo beneficiário, todo esse conjunto de dados será utilizado em favor do beneficiário para a construção e oferta de produtos, serviços, facilidades e funcionalidades, planos de cuidados, percurso assistencial, emissão de alertas/lembretes, agendamento/sugestão de consultas e exames.

11.3. O atendimento eletivo deve ser realizado na **BEM SAÚDE ON-LINE 24H, necessariamente, sob o formato remoto, a distância, por meio de ferramentas que permitam a interação entre a equipe de saúde e o beneficiário para a realização do atendimento.**

11.4. O beneficiário pode acessar o atendimento do **BEM SAÚDE ON-LINE 24H**, conforme previsto neste contrato, de forma remota, via aplicativo ou telefone.

11.5. Sendo necessário o encaminhamento para médico especialista ou a realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo ou psicoterapeuta, o médico da **BEM SAÚDE ON-LINE 24H** encaminhará o beneficiário para atendimento na rede assistencial integrante do presente plano, **para atendimento na forma remota, preferencialmente, sempre que possível, ou presencialmente, a pedido do beneficiário ou se o médico assistente considerar essencial.**

11.5.1. A rede do plano está disponível no site **www.unimedbh.com.br**, devendo o beneficiário portar a guia de requisição do serviço (**física ou eletrônica**) e, quando for necessário, a autorização da **UNIMED-BH**.

11.6. 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 solicitação do médico da **BEM SAÚDE ON-LINE 24H** ou do especialista para qual este encaminhar o beneficiário, 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**.

11.7. Os atendimentos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive buco-maxilofacial) ou obstétricas (em quaisquer desses casos, exceto quando caracterizada a 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 (**física ou eletrônica**), emitida pelo médico assistente lotado na **BEM SAÚDE ON-LINE 24H ou por médico especialista indicado por aquele** e, quando necessário, de autorização da **UNIMED-BH**.

11.8. **Todos os eventos e procedimentos de saúde cobertos por este contrato** serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da **UNIMED-BH e submetidas a autorização prévia**, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

11.9. 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.

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

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

11.12. 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.

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

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

11.15. 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.

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

11.17. 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.

11.18. 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.

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

11.20. 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.

11.21. Serão compartilhados com a **UNIMED-BH**, sob pena de não ser possível prestar os serviços de plano de saúde, os dados da solicitação médica, dos atendimentos realizados e a conta hospitalar aberta.

11.22. Todos os dados dos atendimentos são compartilhados entre rede prestadora, operadora, ANS e outras Unimeds conforme padrão **TISS – TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE**, conforme regulamentação/legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO SISTEMA UNIMED

12.1. O denominado **SISTEMA UNIMED** é composto por cooperativas completamente independentes entre si, que não se confundem, cada uma com a sua autonomia corporativa e cooperativista, cada uma com a sua rede de prestadores de serviços de assistência à saúde, a qual pode variar em relação aos planos de saúde da operadora.

12.2. Por meio de acordos efetuados dentro desse **SISTEMA** cooperativista, uma cooperativa pode eleger prestadores contratados por outra ou que componham a sua rede própria 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 estas).

12.3. Dentro da área de atuação da **UNIMED-BH**, definida em contrato, o beneficiário tem acesso a atendimento na sua rede direta 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**.

12.4. Quando o atendimento se dá na rede indireta da **UNIMED-BH**, necessariamente há tratamento de dados, inclusive sensíveis, dos beneficiários pela UNIMED que detém 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.

12.5. Quando o beneficiário da **UNIMED-BH** é atendido na área de atuação de outra Unimed, todas as regras que aquela aplica ao tratamento de dados se aplicarão ao beneficiário desta operadora, sendo aquela Unimed **CONTROLADORA** desses dados, para todos os efeitos de direito, e há trânsito eletrônico desses dados entre as componentes envolvidas no atendimento e Unimed do Brasil, quando cabível.

12.6. A recusa em relação a esse consentimento específico impossibilita o atendimento na rede indireta da **UNIMED-BH**, a saber, fora da área de abrangência da **UNIMED-BH**.

12.7. 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 e encaminhados para a **UNIMED-BH** e compartilhados com a **UNIMED DO BRASIL**.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PRERROGATIVAS DA UNIMED-BH

13.1. A **UNIMED-BH**, como operadora de planos de saúde, é uma gestora de um microsistema de saúde, no qual está inserido o presente contrato e cada um dos beneficiários aqui inscritos e, na execução do presente contrato, possui as seguintes garantias contratuais, cumpridos requisitos técnicos de sigilo e confidencialidade:

13.2. Realização de auditorias, nos termos do definido no presente instrumento;

13.3. Estudos de dados para averiguação de cumprimento de contratos, de normas, prevenção de fraudes, garantia à segurança, para melhoria dos serviços, avaliações de sinistralidade, para fins financeiros/econômicos, contábeis, fins epidemiológicos, tecnológicos, de saúde pública (em parceria com o setor público), atuariais, desenvolvimento de algoritmos;

13.4. Análise de dados para incremento de sua atividade;

13.5. Defesa de seus direitos em toda e qualquer instância;

13.6. Discussões sobre a utilização com o **CONTRATANTE**;

13.7. Defender sua marca, sua propriedade intelectual, seus segredos industriais e de negócio;

13.8. Desenvolvimento de mecanismos de cyber segurança;

13.9. Consultas a cadastros de inadimplentes e listagens públicas de apontamentos.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

14.1. O beneficiário deve fazer uso do aplicativo e do atendimento da **BEM SAÚDE ON-LINE 24H** para avaliar se deve se dirigir a atendimento de **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**.

14.2. **Aos atendimentos de urgência e emergência aplica-se a CONSU 13, que pode ser encontrada no site da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.**

CONCEITOS IMPORTANTES:

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

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.

14.3. Quando o atendimento de emergência for efetuado **no decorrer dos períodos de carência e de cobertura parcial temporária (CPT)** deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação:

14.3.1. Garantia de cobertura de urgência e emergência limitada **até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento ou em tempo menor, se houver necessidade de internação e leitos de alta tecnologia.**

14.4. A **UNIMED-BH** deverá garantir a cobertura de remoção do beneficiário 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.

14.4.1. 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.

14.5. 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 QUINTA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

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

Faixa Etária	Varição % entre as faixas
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	-
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	18,90 %
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	15,00 %
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	15,00 %
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	16,00 %
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	16,00 %
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	16,00 %
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	17,00 %
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	34,00 %
59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	55,90 %

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

16.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED-BH**, em pré-pagamento, por meio de emissão dos documentos de cobrança correspondentes, as contraprestações 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.**

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

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

16.1.3. A taxa de inscrição será corrigida anualmente.

16.2. Os boletos relacionados às mensalidades e os eventuais valores relativos à coparticipação serão pagos até seus respectivos vencimentos, sendo que a cobrança se dará por meio de boleto bancário, débito em conta ou cartão de crédito (de titularidade do próprio **CONTRATANTE**), conforme opções assinaladas na Proposta de Admissão.

16.2.1. **Excepcionalmente, os 2 (dois) primeiros boletos, referentes aos 2 (dois) primeiros meses de prestação de serviços, poderão não observar a data de vencimento constante na Proposta de Admissão.**

16.2.2. A opção pela modalidade de pagamento deve ser efetuada assinalando-se na Proposta de Admissão o item correspondente.

- 16.2.3. O **CONTRATANTE** poderá efetuar a troca da modalidade de pagamento uma única vez a cada 6 (seis) meses e a nova forma de pagamento só será válida para o faturamento subsequente.
- 16.2.4. Se o **CONTRATANTE** é optante por pagamento via cartão crédito, pode cadastrar apenas um cartão vigente e este e se necessário, pode substituir os dados do cartão também quantas vezes desejar. A cobrança no novo cartão será realizada apenas no próximo faturamento.
- 16.2.5. **Caso não seja possível realizar a cobrança da mensalidade em específico no cartão de crédito, essa não poderá ser quitada via cartão, apenas via boleto. A cobrança das demais mensalidades será mantida no cartão.**
- 16.2.6. **Se após 3 (três) tentativas, consecutivas ou não, dentro do período da vigência de 12 meses, não for possível efetuar a cobrança no cartão informado, a cobrança do contrato será alterada automaticamente para boleto, remetido para o e-mail do CONTRATANTE.**
- 16.3. **No caso de boletos bancários**, quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do boleto bancário, quando esta for a opção, poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem que haja qualquer penalização ao **CONTRATANTE**.
- 16.4. Se o **CONTRATANTE**, por qualquer motivo, não receber o documento que lhe possibilite realizar o pagamento de sua contraprestação pecuniária até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitar a segunda via diretamente na Central de Atendimento ao Consumidor, Unidisk (SAC) 0800 030 30 03, ou retirar no site **www.unimedbh.com.br** ou no aplicativo **UNIMED-BH** para dispositivo móvel, a fim de evitar cobrança de juros pelo atraso no pagamento da mensalidade.
- 16.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária com base no IGP-M do período, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento), incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, indenização por perdas e danos, honorários advocatícios e de cobrança de custas judiciais.
- 16.5.1. 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.
- 16.6. **Este contrato será rescindido ou suspenso pela UNIMED-BH, a seu critério, se houver atraso no pagamento das obrigações financeiras descritas no presente contrato por**

período superior a 60 (sessenta dias), consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

16.6.1. Sujeita-se à resolução do contrato o **CONTRATANTE** que pague parcialmente as obrigações financeiras descritas no presente contrato.

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

16.8. Existindo a figura do **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, devidamente identificado na Proposta de Admissão, este se obriga, pessoalmente, pelo pagamento das obrigações financeiras, em qualquer circunstância ou situação, aplicando-se as disposições acima, inclusive as que tratam da inclusão de dados nos serviços de proteção ao crédito.

16.9. O **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** pode ser excluído da presente relação mediante sua manifestação escrita ou do **CONTRATANTE**, que deve ser encaminhada para a **UNIMED-BH**, concedendo-lhe o prazo de 30 (trinta) dias de antecedência para que todas as providências de exclusão sejam tomadas, período este em que permanecerá responsável pelas obrigações financeiras se tornarem exigíveis.

16.10. Esgotando-se o prazo acima o **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** será excluído do presente contrato e o **CONTRATANTE**, se capaz, passará a ser o responsável pelas obrigações financeiras do presente contrato.

16.11. 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.**

16.12. 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, quan-

- do 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.
- 16.13. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**
- 16.14. **O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA COPARTICIPAÇÃO

- 17.1. Estão discriminados na Proposta de Admissão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que está sujeito o **CONTRATANTE**.
- 17.2. No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário correspondente, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o grupo ou 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 (**conforme descrito no Anexo I - Das Definições**);
 - f) internações psiquiátricas.
- 17.2.1. **As consultas e demais eventos realizados na BEM SAÚDE ON-LINE 24H não estão sujeitos à cobrança de coparticipação.**

17.3. 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** (“Espaço do Cliente”).

17.3.1. Para verificar o valor da coparticipação a ser paga ou conferir o valor já pago, o **CONTRATANTE** pode acessar a página de acesso disponível em **www.unimedbh.com.br**, “Espaço do Cliente”, lançar o nome do procedimento ou seu código TUSS, obtendo assim os valores respectivos. Pode, também, ligar para o telefone 0800 030 30 03 e solicitar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

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

17.5. **DA COPARTICIPAÇÃO PSQUIÁTRICA:**

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

17.5.1.1. 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.

17.5.1.2. A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira do **CONTRATANTE/RESPONSÁVEL FINANCEIRO** 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.**

17.5.2. A **UNIMED-BH** poderá cobrar do **CONTRATANTE** as coparticipações de utilizações realizadas até 240 (duzentos e quarenta) dias da data de realização dos procedimentos ou eventos a que aquelas se referem.

17.6. As coparticipações compõem as obrigações financeiras do contrato e seu inadimplimento sujeita o **CONTRATANTE** e/ou **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** à resolução do contrato.

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

17.7.1. Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a 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.

17.7.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

- a) Transfusões sanguíneas.
- b) Procedimentos terapêuticos radioterápicos.
- c) Procedimentos quimioterápicos.
- d) Hemodiálise e diálise peritoneal.

17.7.3. Será cobrado o valor de coparticipação relativo a um procedimento – de acordo com a listagem retro e a Tabela de Referência – sobre todos os eventos **iguais** (mesmos eventos) realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias, sendo que este é o mesmo período sobre o qual se afere o faturamento das coparticipações.

17.7.3.1. A aferição, para a aplicação dessa regra, será feita a cada período de 30 (trinta) dias.

17.7.3.2. Para a definição das coparticipações que serão exigidas para a realização dos procedimentos estipulados no subitem '17.8.2' desta cláusula, o **CONTRATANTE** deverá observar, também, o conteúdo da tabela disposta na Proposta de Admissão, como: teto, percentuais ou eventual condição comercial mais vantajosa acordada entre as partes ou oferecida pela operadora.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

18.1. Os valores de mensalidade e coparticipação deste contrato serão reajustados no mês de seu aniversário.

18.1.1. Dependerá de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998.

18.1.2. **O índice de reajuste utilizado para este contrato é o autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares, a ser publicado no Diário Oficial da União e no portal (www.ans.gov.br), após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.**

18.1.3. Na eventualidade do índice de reajuste ser publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS extemporaneamente, a **UNIMED-BH** aplicará o reajuste retroativamente às parcelas que se façam devidas.

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

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

18.4. Na falta de legislação específica que disponha sobre a forma de reajuste, a mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, pela variação do **IGP-M** divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, desde que não infrinja norma legal.

18.5. As coparticipações terão seus tetos e valores monetários (quando estabelecida em valores monetários), fixados na Proposta de Admissão, reajustados anualmente, na data de aniversário do contrato, pelo mesmo índice de reajuste das mensalidades ou índice menor, considerado aquele como o limite máximo para reajuste.

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

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

19.2. Considera-se como data do início de vigência a data da assinatura na Proposta de Admissão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656/1998.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DA RESCISÃO DO CONTRATO

20.1. **Este contrato será rescindido ou suspenso pela UNIMED-BH se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem pre-**

juízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

20.1.1. O contrato também poderá ser rescindido:

- a) pela **UNIMED-BH**, no caso de qualquer ato ilícito, fraude ou de dolo pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
- b) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais;
- c) na hipótese de falecimento do beneficiário titular e caso não tenha ocorrido a imediata assunção das obrigações deste contrato por qualquer um dos beneficiários dependentes ou em caso de não existirem beneficiários dependentes vinculados ao contrato.

20.2. Antes do término do prazo mínimo fixado na cláusula DA VIGÊNCIA DO CONTRATO, é facultado ao **CONTRATANTE** denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 10% (dez por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

20.3. Cumprido o prazo mínimo de vigência, este contrato poderá ser rescindido pelo **CONTRATANTE**, sem quaisquer ônus, observando-se o seguinte:

- a) a solicitação poderá ser realizada: (I) presencialmente, na sede da **UNIMED-BH**, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados; (II) por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela **UNIMED-BH**; ou (III) por meio da **UNIMED-BH** na internet, e terá efeito imediato e irrevogável;
- b) as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelo **CONTRATANTE** após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência/emergência, ou referente a procedimentos autorizados previamente ao cancelamento/exclusão mas não realizados até a referida data, correrão por sua conta.

20.4. A rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, não será efetuada durante a ocorrência de internação do beneficiário titular.

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

21.1. 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 à área de atuação do produto, serão aplicadas as disposições constantes da Resolução Normativa nº 259/11 ANS ou a norma que a substitua.

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

21.3. 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.

21.4. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como notificação do **CONTRATANTE** e de seus beneficiários dependentes, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do seu recebimento, assim como o endereço eletrônico e o dispositivo móvel (celular) informados na Proposta de Admissão são os principais canais de comunicação entre as Partes.

21.5. 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.

21.6. 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, aferido por meio da Tabela de Referência da **UNIMED-BH**, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

21.7. 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**.

21.8. 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 por outro equivalente, precedida de comunicação aos consumidores 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, 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.

21.8.1. O disposto no item 21.8. 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**.

21.8.2. **As substituições havidas na rede assistencial da UNIMED-BH ficarão disponíveis no site www.unimedbh.com.br e no Unidisk (SAC) 0800 030 30 03.**

21.9. Em caso de redimensionamento, por redução, da rede hospitalar deste plano, a **UNIMED-BH** solicitará à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS autorização expressa.

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

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

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

21.13. São Anexos deste contrato:

Anexo I: DEFINIÇÕES

Anexo II: REGULAMENTO DE PROTEÇÃO DE DADOS.

21.13.1. **Compõem ainda este contrato a POLÍTICA DE PRIVACIDADE, TERMOS DE COLETA DE CONSENTIMENTO e termos aditivos eletrônica ou fisicamente firmados.**

ANEXO I - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

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 (DLP) declarada ou identificadas, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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.

AUDITORIA: é direito da **UNIMED-BH** 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 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: é a pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula **DOS BENEFICIÁRIOS**.

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

BENEFICIÁRIO TITULAR: destinatário dos serviços do presente plano privado de assistência à saúde e, ainda, caracterizado como o detentor principal do vínculo com a operadora.

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

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

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), 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, 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, 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 a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste contrato e da legislação específica vigente, por meio de seus médicos cooperados e rede assistencial própria ou credenciada.

CONTRATANTE: pessoa natural que contrata a prestação de serviços ora descrita para si - beneficiário titular - e agrupamento familiar conforme definição deste instrumento ou ainda, a critério da operadora, pessoa natural que contrata a prestação de serviços para terceiro, em conformidade com o regramento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da operadora contratada.

CONTROLADOR: 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** deve pagar para a operadora, referente

à realização de cada evento (consultas em pronto atendimento ou consultório), a exames reduzidos ou diferenciados, tratamentos, procedimentos reduzidos ou diferenciados e internações hospitalares, em hospital-dia e psiquiátricas), conforme especificado neste contrato e na Proposta de Admissão, compondo as obrigações financeiras exigíveis do **CONTRATANTE** 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 a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento.

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste contrato, 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); DNV (Declaração de Nascido Vivo); 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, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado 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: por duração do tratamento dos dados deve-se compreender os prazos em que a **UNIMED-BH** tem direito em tratar os dados pessoais dos beneficiários deste contrato, sendo que são os prazos consignados na legislação nacional relacionados à prescrição e 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 operador para atuar como canal de comunicação entre o **CONTROLADOR**, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

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) sialografia; (n) 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 nos sites www.unimedbh.com.br e www.unimedcoop.br e é atualizada periodicamente, conforme modificação da rede.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO: são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e procedimentos acima dos valores praticados pelo mercado **para os quais não há cobertura do presente contrato.**

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: 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.**

INTERCÂMBIO: é o acordo operacional entre as Unimed, regulamentado através do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma Cooperativa por outra. Todo o processo respeita a estrutura física, área de atuação, oferta de prestadores/cooperados e 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: é o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, responsável pela condução da investigação diagnóstica e pelo tratamento clínico ou cirúrgico quando assim o beneficiário necessitar.

MÉDICO COOPERADO: é o médico vinculado à **UNIMED-BH** ou a qualquer uma das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Unimed por vínculo cooperativista.

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

OPERADOR: 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.

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

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 subagrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são subagrupados 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.

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: é o representante legal, identificado na Proposta de Admissão do presente contrato, que se responsabiliza pelo pagamento das contraprestações pecuniárias decorrentes da execução do presente contrato, independentemente da idade ou condição econômico-financeira do beneficiário titular, não possuindo direito à cobertura do presente contrato por não se enquadrar na figura de beneficiário.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: procedimentos listados pela ANS de cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelas operadoras de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: é o conjunto de todas as Unimed, cooperativas de trabalho médico e seguradora, constantes da relação entregue ao **CONTRATANTE**.

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.

TITULAR: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento, no caso deste contrato os beneficiários de planos de saúde.

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

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

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 esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados.

ANEXO II – DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

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

- 1.1.1. **A Análise de dados obtidos com a prestação de serviços e fornecidas pelo próprio beneficiário, para a construção das Soluções em Saúde: esta é uma premissa desta contratação. Todos os dados de saúde gerados da prestação de serviços, os dados de saúde informados por você, todo o seu histórico eventualmente tratado em prestadores da rede será usado, coletado, classificado, reproduzido, dará origem a novos dados, armazenados, analisado, para a prestação de serviços que caracteriza este contrato, para a oferta das SOLUÇÕES EM SAÚDE e para o uso das funcionalidades do aplicativo. Com o que você consente, por si e seus dependentes menores.**
- 1.1.2. 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 da própria atividade, para o seu fomento, inclusive o informacional, garantida a segurança que a lei concede a esses dados.
- 1.1.3. O **beneficiário** poderá exercer os direitos que lhe são conferidos, pela lei vigente, em relação aos seus dados, por meio dos seguintes canais:
 - (i) área logada e segura denominada **espaço do cliente**;
 - (ii) 4020 4020.
- 1.1.3.1. Em relação às atividades em que **UNIMED-BH** atue como **CONTROLADOR DOS DADOS** pessoais, podem ser exercidos pelo titular os seguintes direitos, cada qual providenciando o canal adequado para tanto:
 - a) 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 LGPD – Lei 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) à 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.**

1.1.3.2. O direito de informação e acesso poderão ser fornecidos, 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.

1.1.3.3. 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) 15 (quinze) dias, para o formato previsto no item “b”.

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

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 seja CONTROLADOR, nas bases legais descritas na lei. Os consentimentos devem ser dados pelo beneficiário titular – em relação a si e seus dependentes menores de 12 (doze) anos – e 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 obtenção dos consentimentos que se façam necessários ao tratamento de dados envolvidos neste contrato.

1.6. FINALIDADES DO TRATAMENTO DE DADOS PELA UNIMED–BH.

1.6.1. Os dados pessoais dos beneficiários são imprescindíveis para a prestação de serviços objeto deste contrato, por isso, a UNIMED–BH não pode prescindir deles. Isso tornaria impossível a prestação de serviços. Esse tratamento está vinculado às seguintes finalidades:

- a) Para o uso das funcionalidades e criação das Soluções de Saúde deste plano de saúde; para ser uma plataforma de saúde, não somente um plano de saúde; para análise da saúde dos beneficiários, em seu benefício, conforme características deste produto.
- b) Para uso dos aplicativos e das funcionalidades dos aplicativos.
- c) Para atendimento das equipes do Bem Saúde On–Line 24h.
- d) 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, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED–BH.
- e) 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.
- f) Consulta e inclusão de dados em cadastros de restrição ao crédito, listas de impedidos e assemelhados.
- g) 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. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED–BH.
- h) Análise de carência, Cobertura Parcial Temporária, Agravo, Reopção de Agravo – análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados.

- i) Viabilização do PEA – Plano de Extensão Assistencial, quando componente da contratação do plano de saúde.
- j) 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.
- k) Perícia Médica – a UNIMED–BH pode requisitar que o beneficiário per-passe por perícia médica, onde serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos e ocasião na qual o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerais alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da UNIMED–BH.
- l) Biometria – o beneficiário se submeterá ao cadastramento da sua biometria e esta será conferida nos atos de atendimento, para sua segurança 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 prevenção contra fraude.
- m) 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.
- n) 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 de solicitações via telefônica, e-mail, chatbots, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela UNIMED–BH ou por terceiros por ela contratados, para sua segurança e do beneficiário.

- o) Elaboração do prontuário – as unidades e profissionais de saúde elaborarão prontuários médicos com os dados dos beneficiários e aquelas serão CONTROLADORES dos dados neles constantes.
- p) 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 TISS, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos.
- q) Visitas comerciais, assistência/programas de assistência à saúde – a depender do produto, serviço contratado, o beneficiário pode receber visitas, em seu endereço residencial informado no ato da contratação e/ou da solicitação.
- r) Contatos telefônicos, e-mails, carta, pessoalmente quando das 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.
- s) 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.
- t) 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 de sua rede.
- u) 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 DRG (Diagnosis Related Group), os quais servem como forma de remuneração dos mencionados componentes da rede.

- v) Troca de Informações em saúde suplementar – São finalidades do Padrão TISS – Troca de Informações de Saúde Suplementar: 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.
- w) Envio do SIB (Sistema de Informação de Beneficiários) à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, continente de dados pessoais do beneficiário.
- x) 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 uma forma de zelar pelo cumprimento da lei e da saúde financeira dos planos de saúde.
- y) Auditoria médica e de enfermagem.
- z) Preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos, sua análise/auditoria pré-autorização, armazenamento e estudos relacionados – as quais são remetidas para a UNIMED–BH, para verificação de conformidade contratual e/ou com o Rol da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas Diretrizes Clínicas e/ou Diretrizes de Utilização.
- aa) 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.
- ab) 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, pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, provisões técnicas e financeiras.

- ac) Para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados, além das obrigações perante o Sistema Unimed.
- ad) Para a realização de auditorias de processos – essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, aprimoramento constante, nas áreas assistencial, de segurança, prevenção de fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança, segurança do paciente.
- ae) Investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos para otimização dos serviços prestados objetos deste contrato.
- af) Processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, emissão dos competentes documentos de cobrança (boletos, extratos de utilização/ relatórios de utilização) elaboração e confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios exigidos pelo CONTRATANTE do plano – pode haver compartilhamento de dados com gráficas e bancos (instituições financeiras), com remessa mínima de dados para alcançar o escopo da atividade.
- ag) 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.
- ah) Para uso em defesas administrativas, pré-administrativas, judiciais, respostas a ofícios, intimações, citações ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades, órgãos públicos.
- ai) Para instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas e privadas, órgãos públicos.
- aj) 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.
- ak) 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.

- al) Avaliação técnica de solicitações e procedimentos realizados para oferta de programas e serviços específicos, segundo interesses do beneficiário, avaliação de satisfação do beneficiário.
- am) Avaliação de satisfação do beneficiário participantes de programas, serviços de assistência à saúde, pela própria UNIMED-BH ou por terceiro contratado.
- an) Assinatura de termos de consentimento informado, seu armazenamento e compartilhamento com órgãos públicos quando for o caso.
- ao) Agendamento de consultas, controle e eventual contato para confirmação ou cancelamento, estudos relacionais a absenteísmo, frequência em serviços de urgência e emergência, uso de serviços de telessaúde, de determinada especialidade, de geolocalização e outros, com o mesmo viés.
- ap) Realizar cuidados em saúde; monitorar planos terapêuticos e ou de cuidado; recebimento, análise e estudos de dados recebidos por meio de vestíveis eletrônicos ou monitoramento remoto.
- aq) Estudos de preço e de mercado.
- ar) Elaboração, aplicação, construção de sites, aplicativos, programas.

