

UNIMED PLENO

Cobertura Ambulatorial,
Hospitalar e Obstétrica

▶ **APARTAMENTO**

INDIVIDUAL



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 16.513.178/0001-76

Produto: Unimed Pleno Regional Individual Apartamento

Nº de registro na ANS: 34.388-9

Nº de registro do produto: 474.064/15-5

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.	10
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.	10
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.	17
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.	25

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.	28
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.	28
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.	11 36 42
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	40
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	40
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.	39
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

UNIMED PLENO INDIVIDUAL APARTAMENTO

Tipo de Contratação: Individual ou Familiar

Abrangência: Grupo de municípios – Belo Horizonte, Betim e Contagem

Padrão de Acomodação: Apartamento

Segmentação: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

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

Rede: Unimed Pleno

Registro na ANS: 474.064/15-5

CONTRATO Nº:

Sumário

Guia de Leitura Contratual	1
Cláusula Primeira – Do Objeto do Contrato	4
Cláusula Segunda – Das Definições	4
Cláusula Terceira – Do Local da Prestação dos Serviços	10
Cláusula Quarta – Das Condições de Atendimento	11
Cláusula Quinta – Dos Beneficiários	13
Cláusula Sexta – Das Inclusões e Exclusões de Beneficiários	15
Cláusula Sétima – Do Cartão Individual de Identificação	16
Cláusula Oitava – Do Plano Contratado	17
Cláusula Nona – Das Coberturas	18
Cláusula Décima – Das Exclusões	25
Cláusula Décima Primeira – Das Carências	28
Cláusula Décima Segunda – Das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)	28
Cláusula Décima Terceira – Do Atendimento de Urgência e Emergência	31
Cláusula Décima Quarta – Das Condições de Reembolso	33
Cláusula Décima Quinta – Das Faixas Etárias	34
Cláusula Décima Sexta – Dos Preços e Condições de Pagamento	35
Cláusula Décima Sétima – Da Coparticipação	36
Cláusula Décima Oitava – Do Regime de Internação em Hospital-Dia	39
Cláusula Décima Nona – Do Reajuste e Revisão dos Valores	39
Cláusula Vigésima – Da Vigência do Contrato	40
Cláusula Vigésima Primeira – Da Rescisão do Contrato	40
Cláusula Vigésima Segunda – Das Disposições Finais	42

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO

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

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

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

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

1.3.1. Quando o contrato apresentar **RESPONSÁVEL FINANCEIRO**, este assumirá as correlatas obrigações imputadas ao **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

AGRAVO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

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

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

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

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

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

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

COBERTURA AMBULATORIAL: compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por

período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as disposições do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

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

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

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), assim definidos pela ANS, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

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

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: conjunto de obrigações financeiras, contratualmente definidas, 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.

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, exames reduzidos ou diferenciados, tratamentos, procedimentos reduzidos ou diferenciados e internações hospitalares, em hospital-dia ou 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.

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.

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

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

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

EXAMES BÁSICOS: é a 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 e (q) videoendoscopia diagnóstica.

EXAMES ESPECIAIS: é a 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 e (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. Deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado – que está publicada nos sites www.unimedbh.com.br e www.unimed.coop.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 pela rede básica **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 Unimeds, regulamentado por meio do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma Cooperativa por outra que integre o sistema. Todo o processo respeita a estrutura física, a oferta de prestadores/cooperados e a forma de atendimento de cada singular.

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

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

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

MÉDICO UNIMED PLENO: é o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, atuante nas clínicas Unimed Pleno/Unidade Porta de Entrada e responsável pela condução da investigação diagnóstica e pelo acompanhamento clínico dos beneficiários, realizando a coordenação do cuidado dos pacientes.

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.

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.

PORTA DE ENTRADA: mecanismo de regulação (CONSU nº 08/1998) que tem como característica direcionar o beneficiário para atendimento, avaliação e acompanhamento (excetuadas urgência e emergência) na unidade **CLÍNICA UNIMED PLENO (conforme definição deste contrato)** ou, na sua substituição, para as unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela **UNIMED-BH**, sendo o beneficiário, caso necessário, encaminhado pelo médico Unimed Pleno para outros profissionais de saúde especialistas ou para a realização de procedimentos complementares.

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

PROCEDIMENTOS: são os atos praticados pelos profissionais de saúde, que não sejam exames/terapias, consultas, tratamentos e internação. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são sub agrupados 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: cobertura mínima obrigatória, definida pela ANS, que deve ser garantida pela operadora de plano privado de assistência a saúde de acordo com a segmentação contratada.

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** nos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem, observadas as regras para o acesso e atendimento descritas na **CLÁUSULA - DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO** desde contrato.

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

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

3.3. **Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais e os serviços de tabela própria e/ou de alto custo, relacionados na**

“Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo”, disponível em www.unimedbh.com.br, estão excluídos da cobertura deste.

- 3.3.1. A UNIMED–BH poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões na lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo disponibilizando-a aos CONTRATANTES pelo site www.unimedbh.com.br.
- 3.3.2. A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed estará à disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto aos sites www.unimedbh.com.br (rede direta) e www.unimed.coop.br (rede indireta).

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

4.1. **A PORTA DE ENTRADA** do beneficiário para a realização de consultas são as unidades ou o conjunto de consultórios localizados dentro de unidades ambulatoriais da **UNIMED–BH** denominadas **CLÍNICA UNIMED PLENO**, sendo essas, na hipótese de extinção de suas atividades, substituídas pelas unidades ambulatoriais de atendimento indicadas pela **UNIMED–BH**, estando a relação atualizada das unidades disponível no site www.unimedbh.com.br.

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

4.1.2. 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 Unimed Pleno da unidade de **PORTA DE ENTRADA**, com emissão da guia de requisição do serviço (física ou eletrônica) e, quando o tipo de exame assim o exigir, a autorização da **UNIMED–BH**.

4.1.3. Do atendimento médico descrito no item 4.1.1 poderão decorrer novos encaminhamentos para outros especialistas ou a realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo ou psicoterapeuta.

4.2. As internações hospitalares e demais procedimentos – a critério da operadora – serão processados mediante solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema

próprio da **UNIMED-BH e submetidas a autorização prévia**, mecanismo de regulação nos termos da regulamentação da ANS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA QUINTA – DOS BENEFICIÁRIOS

5.1. 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**.

5.1.1. 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.

5.1.2. 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 – PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**.

5.1.3. Alcançada a maioridade do beneficiário titular ou 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 que seja formalmente afastada a sua responsabilidade pelo **CONTRATANTE**.

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

- a) cônjuge;
- b) filho natural, adotivo ou enteado, com até 24 (vinte e quatro) anos e 11 (onze) meses de idade;

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

5.2.1. 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.

5.3. São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários:

5.3.1. 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 obstetria;

5.3.1.1. 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;

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

5.3.2.1. 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;

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

CLÁUSULA SEXTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

6.1. 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.

6.2. 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.

6.2.1. O **CONTRATANTE** manterá o seu cadastro e de seu beneficiário(s) dependente(s) atualizado e será o único responsável pelas informações nele contidas, responsabilizando-se, ainda, pelas consequências advindas da não informação em tempo hábil ou pelo fornecimento de informação inexata para disponibilização dos serviços ou rescisão do contrato. Atenderá, ainda, às solicitações para a apresentação de documentação complementar formulada pela **UNIMED-BH** no prazo de 72 (setenta e duas) horas contadas da data de recebimento da solicitação.

6.3. Quando for o caso e conforme critérios previstos na **CLÁUSULA – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES**, ficará a critério da **UNIMED-BH** a realização de entrevista prévia de admissão dos beneficiários, a fim de averiguar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), bem como a solicitação, a qualquer tempo, de documentação probatória das declarações de saúde dos beneficiários.

6.4. O beneficiário que deixar de atender às condições exigidas no item 5.2 será excluído do contrato. 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 cobradas, 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.

6.4.1. 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 contato da **UNIMED-BH**, manifeste a opção por manter o contrato;
- b) formalize instrumento adequado a essa contratação;
- c) assuma o pagamento da mensalidade.

6.4.2. O disposto no item 6.4.1 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.

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

CLÁUSULA SÉTIMA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

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

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

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

7.3. O **CONTRATANTE** se obriga, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição 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.

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

7.4. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após comunicar sua perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro do prazo por ela informado, de modo a evitar a utilização indevida por terceiros.

CLÁUSULA OITAVA – DO PLANO CONTRATADO

8.1. O presente plano de assistência médico-hospitalar é pactuado sob a modalidade de contratação individual/familiar, com cobrança de coparticipação em consultas (exceto as realizadas na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), exames/terapias, tratamentos e procedimentos (exceto os realizados na **CLÍNICA UNIMED PLENO**), inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial e nas internações psiquiátricas:

8.1.1. Este contrato privilegia a atenção primária à saúde, buscando incentivar a fidelização do beneficiário ao médico Unimed Pleno na unidade de **PORTA DE ENTRADA (conforme definição deste contrato)**, conforme identificado no guia médico do plano contratado, disponível no site **www.unimedbh.com.br**;

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

8.3. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos médicos cooperados e rede assistencial integrante do presente plano, disponível no site www.unimedbh.com.br.

8.4. O plano contratado compreende as coberturas ambulatorial, hospitalar e obstétrica.

CLÁUSULA NONA – DAS COBERTURAS

9.1. **A UNIMED-BH cobrirá os custos das coberturas assistenciais para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei nº 9.656/1998), que estejam vinculadas com a cobertura obrigatória do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em conformidade com os limites, os prazos de carências e as condições estabelecidos neste contrato.**

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

9.2.1. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, observadas as regras para o acesso e atendimento descritas na **CLÁUSULA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO** (artigo 12, I, “a”, da Lei nº 9.656/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);

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

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

- 9.2.4. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656/1998, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);
- 9.2.5. cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);
- 9.2.6. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- 9.2.7. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- 9.2.8. cobertura para os seguintes procedimentos:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal, listados no Rol de Procedimentos da ANS – CAPD;
 - b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial;
 - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação

- ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- e) hemoterapia ambulatorial, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
 - f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

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

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

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

- a) medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que com este pretende ser intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei 9.787/99); e
- b) medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

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

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

9.3.2. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem

- ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;
- 9.3.3. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, “b”, da Lei nº 9.656/1998);
- 9.3.4. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, “c”, da Lei nº 9.656/1998);
- 9.3.5. cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
- 9.3.6. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, “d”, da Lei nº 9.656/1998);
- 9.3.7. cobertura de taxas, materiais e medicamentos utilizados vinculados aos procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde;
- 9.3.8. cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e devidamente registradas na ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 9.3.9. cobertura para remoção do beneficiário, comprovadamente necessária, atestada por médico assistente, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e” da Lei 9.656/98);
- 9.3.9.1. cobertura para remoção do beneficiário de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário

apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto na regulamentação da ANS;

- 9.3.10. cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei nº 9.656/1998 c/c artigo 16 da Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- 9.3.11. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.3.12. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:
- a) o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;
 - b) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução

dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

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

9.3.13. cobertura ambulatorial para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde. Definem-se como adjuvantes os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- k) acompanhamento clínico, no pós-operatório imediato e tardio, dos pacientes submetidos a transplantes, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

- 9.3.14. cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9.656/98, incluído pela Lei 10.223/01);
- 9.3.15. a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.3.16. custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento. **Após superado o prazo citado, o custeio do tratamento fica sujeito à participação financeira do CONTRATANTE, conforme informado na Proposta de Admissão;**
- 9.3.17. cobertura em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.3.18. transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo:
- I. despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob responsabilidade da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
 - II. medicamentos utilizados durante a internação;
 - III. acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;
 - IV. despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento do SUS.
- 9.3.19. por imperativo clínico, havendo procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, esses se darão a critério do médico assistente.
- 9.4. **Cobertura Obstétrica:** compreende toda cobertura definida na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH, conforme o**

Guia Médico do plano adquirido (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado), desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

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

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS EXCLUSÕES

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

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

- b) tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país, considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou, ainda, não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- c) exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;
- d) cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;
- e) cirurgias para mudança de sexo;
- f) atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- g) aplicação de vacinas preventivas;
- h) fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;
- i) inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas; transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas; e estudo de DNA com esses fins;
- j) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- o) exames médicos para a prática de nataçao ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- v) procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
- w) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;
- x) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- y) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- z) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- ab) despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja 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.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CARÊNCIAS

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

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e 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

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

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

11.4. O beneficiário que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação. 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.

11.5. O beneficiário que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com rede (profissionais e entidades) e serviços de que não disponha a contratação anterior, deverá cumprir os prazos de carência descritos na cláusula “Das carências” para utilização da rede ou serviços acrescidos, exclusivamente.

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

12.1. O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, o conhecimento de

doença ou lesão preexistente (DLP) de que saiba ser portador à época da contratação ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no art. 13, da Lei nº 9.656/1998.

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

12.3. Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), o beneficiário preencherá o formulário de declaração de saúde, acompanhado da carta de orientação ao beneficiário.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.12. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, disponível no site **www.ans.gov.br**.

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

12.14. Nos casos de cobertura parcial temporária (CPT), findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista pela Lei nº 9.656/1998.

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

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

12.17. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (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 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, quando da identificação do indício de fraude ou após recusa do beneficiário à cobertura parcial temporária (CPT).

12.18. Instaurado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.

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

12.20. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

12.21. Se solicitado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

12.22. Após julgamento e acolhida a alegação da **UNIMED-BH** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas por ela suportadas com a assistência prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela **UNIMED-BH**, e poderá ser excluído do contrato.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

13.1. Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

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

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

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

- 13.4.1. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
- 13.4.2. No caso deste contrato, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
- 13.4.3. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.
- 13.5. Nos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, **durante o cumprimento dos períodos de carência**, a cobertura estará limitada às primeiras 12 (doze) horas, conforme regulamentação vigente.
- 13.5.1. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da segmentação obstétrica, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, **passará a ser do beneficiário**, não cabendo ônus à **UNIMED-BH**.
- 13.6. Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP), o atendimento estará limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.
- 13.7. A **UNIMED-BH** deverá garantir a cobertura de remoção do beneficiário para unidade de atendimento da rede do plano de saúde, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.
- 13.7.1. À **UNIMED-BH** caberá:
- 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 de o beneficiário estar cumprindo período de carência.
 - remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecno-

logia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLP).

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

13.7.3. 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 QUARTA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

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

Faixa Etária	Variação % entre as faixas
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade	–
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	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. O boleto relacionado às faturas das mensalidades e os eventuais valores relativos à taxa de inscrição e coparticipação deverá ser pago até seu respectivo vencimento, conforme acordado 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.

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

16.4. Se o **CONTRATANTE**, por qualquer motivo, não receber 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) 08000 030 3003** ou retirar no site **www.unimedbh.com.br** ou aplicativo da UNIMED-BH para dispositivo móvel, a fim de evitar cobrança dos encargos pelo atraso no pagamento da mensalidade.

16.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária, 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 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 (quinqüagésimo) dia de inadimplência.

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 da contraprestação financeira 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 que se tornarem exigíveis.

16.9.1. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA COPARTICIPAÇÃO

17.1. Estão discriminados na Proposta de Admissão os valores monetários ou percentuais de participação 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 sub-

grupo 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 psiquiátricas.

17.2.1. As consultas e demais eventos realizados nas unidades de **PORTA DE ENTRADA**, ou, na sua substituição, pelas unidades ambulatoriais de atendimento, não estão sujeitos à cobrança de coparticipação.

17.2.2. Os valores de coparticipação financeira aplicam-se ao recém-nascido que utilize assistência médica durante o período de 30 (trinta) dias após o parto, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia.

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 e 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**.

17.4. 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**, 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.

17.5. 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.

17.6. **DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:**

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

17.6.1.1. 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.

- 17.6.1.2. 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.
- 17.6.2. 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.
- 17.7. As coparticipações compõem as obrigações financeiras do contrato e seu inadimplemento sujeita o **CONTRATANTE** e/ou **RESPONSÁVEL FINANCEIRO** à resolução do contrato.
- 17.8. **DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:**
- 17.8.1. Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a uma política de cobrança de coparticipação em regime diferenciado pois a coparticipação não incidirá sobre cada evento, individualmente, mas sobre o grupo de eventos **iguais** realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias, ou de isenção, a critério da **UNIMED-BH**, de acordo com o descrito na Proposta de Admissão:
- 17.8.1.1. Estão sujeitos a esse regimento diferenciado:
- a) transfusões sanguíneas;
 - b) procedimentos terapêuticos radioterápicos;
 - c) procedimentos quimioterápicos;
 - d) hemodiálise e diálise peritoneal.
- 17.8.1.2. 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.
- 17.8.1.3. A aferição, para a aplicação dessa regra, será feita a cada período de 30 (trinta) dias.
- 17.8.1.4. Para a definição das coparticipações que serão exigidas para a realização dos procedimentos estipulados em 17.8.1.1 do presente contrato, 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.

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

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

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

18.2. Será previsto valor de coparticipação específico para as internações em hospital-dia, conforme preços fixados na Proposta de Admissão.

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

19.1.1. 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 à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/1998.

19.1.2. 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 site www.ans.gov.br, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

19.1.3. Na eventualidade de o 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.

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

19.3. 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.

19.4. 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.

19.5. 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, considerado aquele como o limite máximo para reajuste.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

20.1. 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.

20.2. 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.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

21.1.1. 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 caso não existirem beneficiários dependentes vinculados ao contrato.

21.2. Antes do término do prazo mínimo fixado na CLÁUSULA - DA VIGÊNCIA DO CONTRATO, é facultado ao **CONTRATANTE** denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, 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.

21.3. 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.

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

21.5. 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.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

22.1. Na hipótese de comprovada indisponibilidade ou inexistência de prestador integrante da rede assistencial integrante do presente plano que ofereça o serviço ou procedimento demandado no município pertencente à área geográfica de abrangência à área de atuação do produto, serão aplicadas as disposições constantes da Resolução Normativa nº 259/2011 ANS ou a norma que a substitua.

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

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

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

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

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

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

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

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

22.8.1. O disposto no item 22.8. “a” não se aplica à relação entre o médico 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 as **UNIMED-BH**.

22.8.2. As substituições havidas na rede assistencial integrante do presente plano ficarão disponíveis no site www.unimedbh.com.br e no Unidisk (SAC) 0800 030 30 03.

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

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

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

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

ANOTAÇÕES

A large, empty rounded rectangular box with a thin green border, intended for taking notes. It occupies most of the page below the title.

