

# UNIPART FLEX

Cobertura Ambulatorial,  
Hospitalar e Obstétrica

▶ **ENFERMARIA**

**PME**



Operadora: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico

CNPJ: 16.513.178/0001-76

Produto: Unipart Flex  
Regional Empresarial Enfermaria

Nº de registro na ANS: 34.388-9

Nº de registro do produto: 436.187/01-3

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

Tel.: 4002-3030

## Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
<b>CONTRATAÇÃO</b>	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
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	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
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletiva ou Individual.	3
<b>ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	11
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	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.	11
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	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.	23
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	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.	30

<b>CARÊNCIAS</b>	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.	33
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	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.	34
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	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.	36 44 55
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	51
<b>RESCISÃO / SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	51
<b>REAJUSTE</b>	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.	47
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	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.	16

*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](http://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](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)

# UNIPART FLEX COPARTICIPATIVO REGIONAL EMPRESARIAL ENFERMARIA

**Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial

**Área de Atuação:** Regional

**Padrão de Acomodação:** Enfermaria

**Segmentação:** Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

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

**Rede:** Ampla UNIMED-BH

**Registro na ANS:** 436.187/01-3

CONTRATO Nº:

## Sumário

Guia de Leitura Contratual	1
Cláusula Primeira - Do Objeto do Contrato	4
Cláusula Segunda - Das Definições	4
Cláusula Terceira - Da Área de Atuação do Produto	11
Cláusula Quarta - Da Legitimidade do Contratante e da Elegibilidade dos Beneficiários	12
Cláusula Quinta - Das Inclusões e Exclusões de Beneficiários	14
Cláusula Sexta - Da Permanência dos Exonerados, Demitidos ou Aposentados	16
Cláusula Sétima - Do Cartão Individual de Identificação	21
Cláusula Oitava - Do Plano Contratado	22
Cláusula Nona - Das Coberturas	23
Cláusula Décima - Das Exclusões	30
Cláusula Décima Primeira - Das Carências	33
Cláusula Décima Segunda - Das Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP)	34
Cláusula Décima Terceira - Das Condições de Atendimento	36
Cláusula Décima Quarta - Do Atendimento de Urgência e Emergência	38
Cláusula Décima Quinta - Das Condições de Reembolso	40
Cláusula Décima Sexta - Das Faixas Etárias	41
Cláusula Décima Sétima - Dos Preços e Condições de Pagamento	42
Cláusula Décima Oitava - Da Coparticipação	44
Cláusula Décima Nona - Do Regime de Internação em Hospital-Dia	46
Cláusula Vigésima - Do Reajuste e Revisão dos Valores	47
Cláusula Vigésima Primeira - Da Vigência do Contrato	51
Cláusula Vigésima Segunda - Da Rescisão do Contrato	51
Cláusula Vigésima Terceira - Das Regras Anticorrupção e Código de Conduta e Relacionamento	53
Cláusula Vigésima Quarta - Das Disposições Finais	55

## CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO

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

1.2. 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](http://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.

## CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

**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.

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

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

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

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

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

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

**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, a cargo do **CONTRATANTE**, que quando adimplidas em sua totalidade possibilitam a prestação de serviços ora contratada.

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

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

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

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

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

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

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

**COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA:** subgrupo de eventos sujeitos - cada um deles - a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação disponíveis no site [www.unimedbh.com.br](http://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](http://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.

**ESTÁGIO:** é ato educativo escolar supervisionado visando ao aprimoramento profissional na sua área de estudo. O contrato é celebrado entre o estudante e o **CONTRATANTE**, com a interveniência da instituição de ensino.

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

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

**EXAMES BÁSICOS:** classificação que vincula grupos de procedimentos a determinado período de carência. São considerados exames básicos de diagnóstico e terapia para efeito de carência: (a) patologia clínica laboratorial; (b) biópsia e exames patológicos; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional (ECG); (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia e neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) radiografias; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) potencial evocado; (o) prova de função pulmonar; (p) ultrassonografia; (q) videoendoscopia diagnóstica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

**PROCEDIMENTO:** é qualquer ato médico praticado entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias.

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

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

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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA TERCEIRA - DA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

3.1. Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED-BH** dentro da área de atuação da cooperativa e do produto, que é compreendida pelos municípios de **Baldim, Barão de Cocais, Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Catas Altas, Conceição do Mato Dentro, Confins, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site [www.unimedbh.com.br](http://www.unimedbh.com.br) e aplicativo da **UNIMED-BH**.

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

- a) a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;

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

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

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

## CLÁUSULA QUARTA – DA LEGITIMIDADE DO CONTRATANTE E DA ELEGIBILIDADE DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

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

- a) cônjuge;
- b) filho natural, adotivo ou enteado, com até 30 (trinta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob os cuidados do beneficiário titular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

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

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

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

5.2.2. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelos resultados de preenchimento e envio das informações, caso o sistema seja afetado por algum tipo de programa externo, ou aqueles normalmente conhecidos como “vírus”, por falha de operação

ou operação por pessoas não autorizadas, bem como pelos danos ou prejuízos decorrentes de decisões administrativas, gerenciais ou comerciais tomadas com base nas informações fornecidas pelo **CONTRATANTE**.

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

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

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

5.5. Ressalvadas as hipóteses previstas na cláusula sexta deste instrumento, o beneficiário que deixar de atender às condições exigidas para sua manutenção será excluído do contrato, quando:

- a) o **CONTRATANTE** solicitar, por escrito ou por meio eletrônico específico (MEE), a exclusão;
- b) o beneficiário titular perder o vínculo com o **CONTRATANTE**;
- c) ocorrer prática de ato ilícito ou fraude contra o plano;
- d) vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**;
- e) ocorrer perda da qualidade de beneficiário dependente, conforme requisitos do presente contrato.

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

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



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

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

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

## CLÁUSULA SEXTA – DA PERMANÊNCIA DOS EXONERADOS, DEMITIDOS OU APOSENTADOS

### SEÇÃO I – DO DIREITO DE PERMANÊNCIA

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

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

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

no prazo máximo de 30 (trinta) dias em resposta à comunicação do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário do plano, formalizado no ato da comunicação da aposentadoria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 6.6.1.1. Se o plano em que se encontrava o beneficiário ex-empregado quando da sua demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria tiver formação de preços pós-estabelecidos na opção rateio, toda massa vinculada ao respectivo plano deverá participar do rateio.
- 6.6.1.2. O **CONTRATANTE** e a **UNIMED-BH** devem informar ao beneficiário ex-empregado que o valor da contraprestação pecuniária a ser paga por ele corresponderá ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária, com as devidas atualizações.
- 6.6.1.3. Se o **CONTRATANTE** optar por subsidiar o valor relativo ao beneficiário ex-empregado ou promover a participação dos empregados no seu financiamento, deverá comprovar que explicitou a todos os beneficiários os valores definidos e a forma de participação.
- 6.6.2. Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados, que obrigatoriamente deverá ter a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.**
- 6.6.2.1. O **CONTRATANTE** pode optar por contratar plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação, com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciados do contrato mantido para seus empregados, como alternativa mais acessível aos ex-empregados, mas deverá informar a escolha expressa do beneficiário para a **UNIMED-BH**, no ato da contratação ou inclusão.
- 6.6.2.2. O contrato de que trata o item **6.6.2** poderá conter condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciados do contrato de plano de saúde oferecido para os empregados do **CONTRATANTE**.
- 6.6.2.3. O **CONTRATANTE** não poderá pactuar plano com formação de preço pós-estabelecida para oferta a seus ex-empregados e o custeio integral do plano pelos beneficiários deverá ser na modalidade de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária.
- 6.6.2.4. O **CONTRATANTE** poderá subsidiar o plano de que trata o item **6.6.2** ou promover a participação dos seus empregados no seu custeio, desde que comprove a comunicação dos valores praticados e da contribuição que caberá a cada um.

### SEÇÃO III - DA CONTRIBUIÇÃO

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

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

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

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

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

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

### SEÇÃO IV - DA EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

#### **SEÇÃO V - DA MOVIMENTAÇÃO CONTRATUAL**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **SEÇÃO VI – DA EXTINÇÃO DO DIREITO DE PERMANÊNCIA**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**

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

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

- 7.2.1. A taxa de emissão de nova via de cartão será corrigida anualmente.
- 7.3. É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão do beneficiário titular ou dependente, devolver 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 obter atendimento por aqueles que perderam a condição de beneficiário, por qualquer motivo, ou, em qualquer hipótese, por terceiro, que não seja beneficiário, com ou sem o conhecimento deste.
- 7.3.2. As utilizações indevidas para obtenção de atendimento após a rescisão, resolução, resilição ou exclusão de beneficiário, serão faturadas ao **CONTRATANTE**, em custo operacional.
- 7.4. O **CONTRATANTE** não será responsável, a qualquer título, pela utilização inapropriada do cartão após a comunicação de perda ou extravio à **UNIMED-BH**, sendo responsabilidade desta providenciar o cancelamento do cartão dentro dos prazos previstos nas movimentações, sejam elas em papel ou em meio eletrônico, feitas pelo **CONTRATANTE**, de modo a evitar a utilização indevida por terceiros.

## CLÁUSULA OITAVA – DO PLANO CONTRATADO

- 8.1. O presente plano de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva empresarial, com coparticipação nas internações hospitalares, hospital-dia e psiquiátricas, bem como em consultas, exames, tratamentos (terapias, sessões etc.) e procedimentos inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial**, e tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica ou empresário individual por relação empregatícia ou estatutária, com a previsão de inclusão dos dependentes (na forma deste contrato) da massa populacional a esse vinculada, nos limites da regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e deste contrato.
- 8.2. Este contrato é de adesão bilateral, o que significa que gera direitos e obrigações para ambas as partes na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

8.3. Os beneficiários farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos médicos cooperados e credenciados e dos recursos próprios, contratados ou credenciados, nos termos do guia médico do plano contratado.

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

## CLÁUSULA NONA – DAS COBERTURAS

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

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

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

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

9.2.3. cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (artigo 7º da Resolução CONSU 13/98 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);

9.2.4. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo



- quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei 9.656/98, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/07);
- 9.2.5. cobertura de consulta/sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS;
- 9.2.6. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, mediante indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, podendo ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado;
- 9.2.7. cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- 9.2.8. cobertura para os seguintes procedimentos:
- a) hemodiálise e diálise peritoneal, listadas no Rol de Procedimentos da ANS - CAPD;
  - b) terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde, listados no Rol de Procedimentos da ANS;
  - c) cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial;
  - d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que não necessitem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 9.3.10. cobertura de despesas relativas ao acompanhante, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito) anos e com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião-dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei 9.656/98 c/c artigo 16 da Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento);
- 9.3.11. cobertura dos procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- 9.3.12. cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar desde que prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- a) O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
  - b) Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as

condições adequadas para a execução dos procedimentos e assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

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

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

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

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

9.4. **Cobertura Obstétrica:** compreende toda cobertura definida na segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH, conforme o Guia Médico do plano adquirido (disponibilizado no site [www.unimedbh.com.br](http://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 natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
  - p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;



- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- v) procedimentos, exames ou tratamentos e outras despesas realizados no exterior;
- w) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas realizados fora da área de atuação do produto contratado;
- x) procedimentos, exames ou tratamentos e despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
- y) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- z) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- aa) medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- ab) despesas com acompanhantes, excetuadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição), e acomodação do acompanhante do paciente menor de 18 (dezoito) anos ou maior de 60 (sessenta) anos ou portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contraindicação do médico assistente;
- ac) produtos de toalete e higiene pessoal;
- ad) serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto como também qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura do Rol em curso;
- ae) despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;
- af) serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato;
- ag) exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

## CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CARÊNCIAS

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

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta) dias
Cirurgias ambulatoriais	120 (cento e vinte) dias
Demais cirurgias	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos especiais de diagnóstico e terapia	180 (cento e oitenta) dias
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. Contratada a ampliação da cobertura por meio dos serviços adicionais/opcionais, os beneficiários sujeitar-se-ão às carências e aos limites previstos para cada um deles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.14. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

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

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

12.17. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada,

para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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

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

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

13.1. Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e as internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e de rede própria ou conveniada da área de atuação do produto, conforme constante do guia médico do plano contratado e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed Nacional, **obedecidas**:

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

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. 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**.

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

13.6. 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.

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

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

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

13.10. 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.

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

13.12. 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.

13.13. 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](http://www.unimedbh.com.br) (rede direta) e da [www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br) (rede indireta)** informando a relação da rede prestadora de serviços de saúde, bem como a relação das cooperativas participantes do Sistema Unimed Nacional.

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

13.15. 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.

13.16. 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 da origem do atendimento dado ao beneficiário, nos termos da legislação regulamentar vigente.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

14.2. Considera-se atendimento de emergência, nos termos deste produto, a cobertura ao evento que implica risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

14.3. 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.

14.4. 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**.

14.4.1. No caso deste contrato, portanto, quando o atendimento de emergência for efetuado **no decorrer dos períodos de carência**, deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

14.4.2. 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.

14.4.3. Caso a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

14.5. 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.

14.5.1. 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**.

14.6. Nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária (CPT) e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes (DLPs) o atendimento estará limitado às primeiras 12 (doze) horas ou até que ocorra a necessidade de internação.

14.7. 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.

14.7.1. À **UNIMED-BH** caberá:

a) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas ou caracterizada a necessidade de internação, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo período de carência.



b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de CPT e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLPs.

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

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

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

- e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- 15.3. **Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.**
- 15.4. **O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.**

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

- 16.1. 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.
- 16.2. Para fins deste contrato, ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

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

- 16.3. 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 reajuste disciplinado na cláusula referente ao “REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES”.
- 16.4. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

16.5. 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 SÉTIMA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

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

17.1.1. 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.

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

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

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

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

17.4. A fatura de mensalidade emitida pela **UNIMED-BH** será baseada na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo **CONTRATANTE** e contemplará as movimentações (inclusão e exclusão de beneficiários, módulos ou serviços adicionais/opcionais)

vigentes no ato do fechamento de Cadastro (período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações ocorridas e contempladas na fatura de referência). Movimentações com vigência posterior ao Fechamento de Cadastro serão contempladas em fatura posterior.

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

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

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

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

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

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

17.9.1. **O CONTRATANTE ESTÁ CIENTE E CONCORDA COM O FATO** de que em caso de rescisão do presente instrumento poderá receber faturas de utilizações anteriores à sua rescisão, até o limite temporal acima descrito, contado esse prazo

da efetiva rescisão, em virtude do funcionamento do Sistema Unimed – sempre considerada a área de abrangência do plano contratado – comprometendo-se a arcar com os valores que a ele forem faturados.

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

17.10. A mudança de estrutura societária, incorporação, fusão, cessão, transformação do **CONTRATANTE** não impossibilitarão o pagamento das faturas emitidas em decorrência do exposto acima, sendo o seu sucessor integralmente responsável pelo pagamento das obrigações contratuais decorrentes deste contrato, não podendo se eximir da condição de sucessor de direitos e obrigações. Ainda que opte, o sucessor, pela rescisão do presente instrumento, permanecerá responsável pelas obrigações pecuniárias e legais decorrentes do presente enlace, nos limites temporais explicitados no item 17.9. do presente contrato.

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

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

## CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA COPARTICIPAÇÃO

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

18.2. 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 hospitalares;
- e) internações em hospital-dia;
- f) internações psiquiátricas;
- g) tratamentos.

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

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

#### 18.4. **DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:**

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

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

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

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

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

#### 18.6. **DAS REGRAS ESPECÍFICAS DE COPARTICIPAÇÃO:**

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

18.6.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

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

## CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

19.1. 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.

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

19.3. Os valores de coparticipação serão cobrados do **CONTRATANTE** nos casos de regime de internação em hospital-dia, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente

no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços estabelecidos na Proposta de Admissão para internações em regime de internação hospitalar.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA – DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

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

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

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

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

20.2.2. As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 20.2 do presente contrato caso o Índice de Utilização (IU) - calculado conforme abaixo - seja igual ou inferior a 75% (setenta e cinco por cento).

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

20.2.3. Na hipótese de o IGP-M acumulado ser inferior a zero (negativo), não haverá qualquer alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do contrato.

20.3. Por se dar em modalidade de pré-pagamento, as partes acordam que o reajuste das coparticipações e mensalidades se dará no aniversário do contrato, com base no índice divulgado 1 (um) mês antes daquela data, utilizando-se o IGP-M acumulado nos últimos 12 (doze) meses contados da data da divulgação, sendo este o limite **mínimo** de percentual de reajuste a ser aplicado no contrato, ainda que as partes se utilizem do cálculo de IU – Índice de Utilização. Assim, resultando o cálculo de recomposição em índice menor do que o IGP-M, este será utilizado, em razão da perda inflacionária.



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

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

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

20.5. Caso o Índice de Utilização Apurado do presente contrato – calculado conforme abaixo – seja maior do que 75% (setenta e cinco por cento), ajustam as partes que a recomposição de preço das mensalidades serão feitas com aplicação do percentual de recomposição obtido a partir da fórmula descrita no item 20.5.2, a fim de, simultaneamente, satisfazer a função de recuperar as perdas inflacionárias e manter o equilíbrio econômico financeiro do contrato, cuja meta é 75% (setenta e cinco por cento) de Índice de Utilização. Se o resultado, conforme fórmulas abaixo, for de índice inferior ao IGP-M apurado, aplicar-se-á este sendo, portanto, um “limite mínimo” de reajuste:

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

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

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

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

20.5.3. Considerando o resultado obtido pelo cálculo acima, e levando-se em consideração que o indexador das coparticipações em valor monetário e os tetos (limites máximos) estabelecidos na Proposta de Admissão é o IGP-M, ajusta-se que as mensalidades serão reajustadas observando-se o índice obtido através do resulta-

do acima, sendo que o resultado do cálculo acima, a saber, o índice a ser aplicado, não poderá ser inferior ao IGP-M apurado, conforme definições deste contrato.

**Legendas e definições das fórmulas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20.11.1. Cálculo do Índice de Utilização:

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

**Legendas e definições das fórmulas:**

**IU = Índice de Utilização**

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

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

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

**REDUTORES DA RECEITA** = receitas canceladas e descontos concedidos.

20.11.2. Cálculo do Reajuste do agrupamento:

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

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

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

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

21.1. 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.

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

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

22.1.1. O contrato também poderá ser rescindido:

- a) pela **UNIMED-BH**, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
- b) pela **UNIMED-BH**, em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do **CONTRATANTE**;
- c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais;
- d) caso o **Empresário Individual** perca essa condição.

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

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

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

22.2.1. Se, no caso de rescisão dentro do período de vigência e por iniciativa do **CONTRATANTE**, o custo operacional dos serviços utilizados for superior ao valor apurado, conforme o item acima está facultado à **UNIMED-BH** faturar a diferença, a título de penalidade, diante do franco prejuízo a que está sujeita pela rescisão antecipada.

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

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

- a) responsabilidade da **UNIMED-BH** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para a efetivação de rescisão contratual, não correndo as despesas, a partir daí, por conta da **UNIMED-BH**;
- b) se quando da rescisão houver beneficiário internado que não possa ser removido ou transferido, os custos de internação permanecerão às expensas do **CONTRATANTE** e lhe serão faturadas em custo operacional.

22.3.1. Nos casos em que o **CONTRATANTE** for Empresário Individual, a rescisão imotivada do pacto somente poderá ser efetuada, pela **UNIMED-BH**, no mês de

aniversário do contrato, com 60 (sessenta) dias de antecedência, ocasião pela qual a **UNIMED-BH** apresentará as razões da rescisão ao **CONTRATANTE**.

22.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, além das descritas no item anterior, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, inclusive àquelas referentes a procedimentos autorizados previamente à exclusão do beneficiário, mas não realizados até a referida data, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

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

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

## CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS REGRAS ANTICORRUPÇÃO E CÓDIGO DE CONDUTA E RELACIONAMENTO

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

- (i) não praticará qualquer ação ou omissão que induza a **UNIMED-BH**, seus cooperados diretores, profissionais em geral e prepostos a descumprir a Legislação Anticorrupção, zelando para que esta seja cumprida;
- (ii) adota, e continuará adotando durante a vigência do presente contrato, políticas e procedimentos visando assegurar o cumprimento da Legislação Anticorrupção, divulgando e disponibilizando tais políticas e procedimentos, sempre que solicitado pela **UNIMED-BH**; e
- (iii) informará expressamente aos seus profissionais, prepostos, prestadores de serviço e subcontratados que não serão admitidos pagamentos de subornos sob qualquer forma, direta ou indiretamente, bem como outras condutas que firam a Legislação Anticorrupção, em nome da **UNIMED-BH**, cooperados, diretores, empregados, colaboradores, profissionais em

geral e prepostos bem como se compromete a reportar imediatamente à **UNIMED-BH** eventual suspeita da existência de tais circunstâncias.

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

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

23.4. Mediante notificação prévia, poderá a **UNIMED-BH** solicitar que o **CONTRATANTE** comprove no prazo de até 10 (dez) dias corridos o cumprimento de boas práticas que visem a repudiar atos lesivos na condução de suas atividades relacionadas à **UNIMED-BH** sendo ilimitadamente responsável por qualquer infração que venha a cometer relacionada à Legislação Anticorrupção e/ou ao “Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos”, sem, contudo, por tal motivo, diminuir e/ou exonerar-se de suas responsabilidades perante a **UNIMED-BH**, terceiros e/ou autoridades competentes.

23.5. Qualquer descumprimento por parte do **CONTRATANTE** e seus subfornecedores de qualquer Legislação Anticorrupção ou do “Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos”, ensejará a rescisão motivada e imediata do presente instrumento, independentemente de qualquer notificação, observadas as penalidades previstas neste Contrato, ficando, ainda, o **CONTRATANTE**, responsável por indenizar a **UNIMED-BH** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obri-

gações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando a **CONTRATADA** autorizada, desde já, a compensar o valor desse dano junto a qualquer valor que seja eventualmente devido à **CONTRATADA**.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

24.3. 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.

24.4. 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.

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

24.6. 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.

24.7. 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**.



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

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

24.8.1. O disposto no item 24.8.“a” não se aplica à relação entre o cooperado e a **UNIMED-BH**, submetida ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764/1971 e aos profissionais de saúde com vínculo empregatício com a **UNIMED-BH**.

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

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

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

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



