

DS
MRRP

REGULAMENTO GERAL DOS PRODUTOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

DS
MML**Operadora:** Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico**CNPJ:** 16.513.178/0001-76**Nº de registro na ANS:** 34.388-9**Site:** <http://www.unimedbh.com.br>**Tel.:** 4002-3030

Regulamento Geral dos Produtos Coletivos por Adesão

Nº deste Regulamento:**Regulamento vinculado aos Números Auxiliares:**

Guia de Leitura Contratual

Página
do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano se destina à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial	03
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	03
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define a hotelaria do leito de internação nos planos hospitalares. O padrão de acomodação pode ser Coletivo ou Individual.	03
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	22
ÁREA DE ATUAÇÃO	É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõe(m) as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal	22
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde complementar 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.	33
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde complementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado	39



CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	42
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES - (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.	44
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	20
		38
		44
		47
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	62
RESCISÃO / SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato.	62
	A suspensão descontinua a vigência do contrato.	
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	58
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição mensal do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.	27
<i>Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o consumidor deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800 701 9656).</i>		

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



**Agência Nacional de
Saúde Suplementar**

**Ministério
da Saúde**



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

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

Registro ANS	Nome do Plano	Segmentação	Abrangência	Coparticipação	Acomodação
467108122	UNIFACIL FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Sim	Enfermaria
436187013	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Sim	Enfermaria
436186015	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Sim	Apartamento
424758992	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Não	Enfermaria
424763999	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Não	Apartamento
468238126	UNIMED PLENO	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Sim	Enfermaria
468237128	UNIMED PLENO	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios	Sim	Apartamento
459583091	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Estadual	Não	Apartamento
459585098	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Estadual	Sim	Apartamento
459584090	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Estadual	Sim	Enfermaria
459582093	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Estadual	Não	Enfermaria

422797992	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional	Não	Apartamento
462180108	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional	Sim	Apartamento
462179104	UNIPART FLEX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional	Sim	Enfermaria
422796994	UNIMAX	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional	Não	Enfermaria

SEÇÃO I – DO OBJETO E ALGUMAS PREMISSAS

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 O presente contrato tem por objeto a assistência médica hospitalar, por meio de 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 aos beneficiários regularmente inscritos pelo **CONTRATANTE** visando prevenção da doença e a recuperação à saúde por meio da cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde conforme o Rol de Procedimentos e Eventos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento.

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

1.2.1. Propostas de Admissão, de mesmo número do contrato, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes relacionadas a cada plano contratado;

1.2.2. 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, que está disponibilizada no site www.unimedbh.com.br (“Espaço do Cliente”) e no site www.unimed.coop.br, para conferência sempre que se fizer necessário;

1.2.3. O Anexo I, lista de eventos que está disponibilizada no site www.unimedbh.com.br (“Espaço do Cliente”), para conferência destes e seus grupos e subgrupos;

1.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino singular quando há referência ao **CONTRATANTE** e ao(s) beneficiário(s), tanto do sexo masculino quanto do feminino, ainda que este contrato se estruture sob a forma de pluralidade de contratantes.

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

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

1.4.1.1. O endereço de correio eletrônico fornecido pelo **CONTRATANTE** e inserido na(s) Proposta(s) de Admissão é o eleito por ela para a centralização das comunicações entre as Partes, sendo o endereço eletrônico “padrão”, até manifestação daquele em sentido contrário, mas desde que indicativo de outro endereço eletrônico, em substituição.

1.4.1.2. Serão considerados recebidos no dia de sua remessa aqueles remetidos entre as 8 horas da manhã e 18 horas da tarde, em dias úteis (segunda a sextas feiras, considerados feriados do local onde está situada o escritório administrativo da Parte contratual). Os e-mails remetidos após este horário ou em dias não uteis, serão considerados como recebidos no dia útil imediatamente subsequente.

1.4.2 As Partes reconhecem, como manifestações de consentimento, em substituição ao signo tradicionalmente manuscrito, inserido nos instrumentos, os seguintes:

1.4.2.1. Uso de assinatura por meio de certificação digital;

1.4.2.2. Assinatura em dispositivos ou por meio de dispositivos eletrônicos que, por meios tecnológicos, a reproduza em documento eletrônico;

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

1.4.2.4. Reprodução da assinatura digitalizada inserida pela parte que a detém;

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

1.4.2.6. Outras, as quais forem especificamente acordadas entre as signatárias.

1.4.3. Na utilização do espaço com *login e senha*, disponibilizado ao **CONTRATANTE** pela operadora, devem representá-lo quem por ele possa assumir obrigações, o que é aqui garantido e assumido pelo **CONTRATANTE**.

1.5. O presente instrumento é um CONTRATO GERAL, que contém cláusulas segmentadas a depender dos planos contratados, os quais estão caracterizados nas PROPOSTAS DE ADMISSÃO. O **CONTRATANTE** deve estar atento ao enquadramento de seus planos às cláusulas que compõem o presente, orientando corretamente os beneficiários acerca das características de cada plano contratado.

1.6. DA PLURALIDADE DE CONTRATANTES

1.6.1. O presente contrato pode ser composto por uma pluralidade de contratantes, que tenham se reunido para contratar plano de saúde para a massa elegível, tudo em conformidade com as exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. As obrigações estabelecidas no presente instrumento se destinam a cada **CONTRATANTE**, individualmente considerada, que deve assegurar à massa de beneficiários a ela vinculada e inscrita no presente contrato os direitos previstos em Lei.

1.6.2. As Partes, por meio de instrumento de procuração outorgados por cada **CONTRATANTE**, elegem como representante do grupo **COOPERATIVA ECONOMIA CREDITO MUTUO SERV. FUNDACAO HOSPITALAR E EMPREGADOS ESTAB. HOSPITALARES BH REG METROP E ZONA DA MATA LTDA. - SICOOB CECREF**, 19.402.130/0001-89, para atuar em nome das outorgantes nos limites das procurações e do presente contrato.

1.6.2.1. Será dispensada a procuração caso cada **CONTRATANTE** assine as propostas de admissão e aditivos futuros, momento em que pode ser indicado um **CONTRATANTE** representante.

1.6.3. A representante do grupo comunicará, formalmente e comprovadamente (AR, ata assinada, e-mail com comprovação de recebimento ou outras), todas as demais contratantes quanto as negociações que afetem a presente contratação e, caso a **UNIMED-BH** necessite da documentação correlata, compromete-se a entregar em até 2 (dois) dias úteis.

1.6.4. Se for o caso, comporão a presente contratação, TERMOS DE ADESÃO firmados pelos **CONTRATANTES**.

1.6.5. O presente contrato é composto pelos números auxiliares descritos nas propostas da admissão.

SEÇÃO II – DO TRATAMENTO DE DADOS

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

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

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

- (i) área logada e seguro denominada espaço do cliente;

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

- (a) a confirmação da existência de tratamento;
- (b) acesso aos dados;
- (c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- (d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na LGPD – Lei 13.709/2018, quando possível;
- (e) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação vigente;
- (f) à eliminação, quando possível;
- (g) informação sobre o uso compartilhado de dados;
- (h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;
- (i) revogação do consentimento, quando possível.

1.7.2.2. A **UNIMED-BH** é **CONTROLADORA DE DADOS** em relação às atividades abaixo listadas, sendo o rol abaixo exemplificativo, não exaustivo, sendo avaliado o caso concreto:

- (a) Recebimento dos dados pessoais para armazenamento nos sistemas do **CONTRATADO**, a fim de que seja possível a prestação de serviços;
- (b) Emissão do cartão de identificação;
- (c) Cadastramento do cartão nacional de saúde;
- (d) Auditoria, de qualquer tipo;
- (e) Recebimento, uso, análise, armazenamento, dos dados de eventos e procedimentos de saúde realizados pelo titular de dados na rede do **CONTRATADO**;
- (f) Coleta de dados de Declaração de Saúde e imputação de Cobertura Parcial Temporária –CPT;
- (g) Análise de carência;
- (h) Estudo de dados para eventual abertura de processo administrativo na ANS em razão de dados da Declaração de Saúde;
- (i) Atendimentos de demandas via remota (call center, chatbot, emails, telefone etc), com a possibilidade de compartilhamento de dados com OPERADORES contratados para esse tipo de serviço;
- (j) Para os procedimentos de autorização e negativa;
- (k) Execução de perícia e junta médica;
- (l) Elaboração de prontuário médico em sua rede própria;

- (m) Análises de segurança, prevenção de fraudes, segurança nos processos;
- (n) Identificação do titular de dados no acesso aos serviços ou em requisições junto à operadora;
- (o) Para fazer contatos telefônicos, envio de e-mails, carta, atendimento pessoal nas unidades de atendimento;
- (p) Recebimento, análise dos dados do ressarcimento ao SUS;

1.7.2.3. O CONTRATANTE é CONTROLADOR DE DADOS em relação às atividades abaixo listadas sendo o rol abaixo exemplificativo, não exaustivo:

- (a) Coleta de dados pessoais junto ao titular de dados para armazenamento e uso na qualidade de empregadora ou em relação às atividades de sócio e/ou administrador;
- (b) Interface com a **UNIMED-BH** em relação à execução do plano de saúde, solicitando providências e esclarecimentos relacionados a titular de dados que lhe sejam vinculados, nos termos deste contrato;
- (c) Remessa dos dados pessoais do titular de dados para a **UNIMED-BH**, a fim de possibilitar a execução do contrato de plano de saúde;
- (d) Coleta dos documentos comprobatórios da condição que permite a inclusão do titular dos dados no plano de saúde e remessa deles para a **UNIMED-BH**, conforme exigências contratuais aqui dispostas;
- (e) Controle e atualização dos dados pessoais dos beneficiários junto à **UNIMED-BH**;
- (f) Movimentação de beneficiários – encaminhamento via MME das solicitações de inclusão e exclusão de beneficiários;
- (g) Requisições da listagem de beneficiários ativos, incluídos no contrato;
- (i) Recebimento dos dados de execução do plano de saúde, para a satisfação das demandas dos titulares dos dados ou do **CONTRATANTE**, nesta posição, via email, via telefônica ou quaisquer outras definidas formal ou tacitamente pelas Partes;
- (j) Recebimento, uso, armazenamento, análise, reprodução e todo e qualquer tratamento dos relatórios relacionados à execução do contrato de plano de saúde, inclusive contendo dados financeiros, de sinistralidade, eventos e procedimentos, coparticipação, de ofensores, a depender do que deseja obter do **CONTRATADO**, segundo normas legais;
- (k) Remessa de dados a médico do trabalho, caso isso tenha sido acordado entre as Partes, com eventual uso, análise deles;

- (l) Análise de dados financeiros, de sinistralidade e outros, do plano para sua política interna de benefícios, cobrando os valores decorrentes desta diretamente do beneficiário, se for o caso;
- (m) Oferta do plano de inativos e emissão do termo de opção de permanência do titular de dados;
- (n) Contratação do plano exclusivo para inativos para essa massa de beneficiários, quando for o caso;
- (o) Análise de dados financeiros do plano exclusivo para inativos, quando for o caso;
- (p) Levantamento e análise de dados decorrentes de processos judiciais movidos contra as Partes, em conjunto ou separadamente, mas que se alguma forma impacte nos custos e execução do presente plano de saúde;
- (q) Recolhimento das carteiras de identificação dos beneficiários;
- (r) Se houver Comitê de Saúde relacionado ao contrato, presume-se que o **CONTRATANTE** tem os consentimentos necessários para acesso a dados, ainda que pelo médico do trabalho;

1.8. CONSENTIMENTO:

1.8.1. A maior parte das atividades que envolvem tratamento de dados, pela **UNIMED-BH**, encontra respaldo na legislação nacional vigente e na regulamentação das autarquias reguladoras, o que está sob constante revisão. Com a assinatura do presente contrato as Partes devem diligenciar o enquadramento das atividades das quais seja **CONTROLADOR**, nas bases legais descritas na lei, assim como providenciar a aplicação da Lei em relação às crianças e adolescentes.

1.9. FINALIDADES DO TRATAMENTO DE DADOS PELA UNIMED-BH

1.9.1. Os dados pessoais dos beneficiários são imprescindíveis para a prestação de serviços objeto deste contrato, por isso, a operadora de plano de saúde não pode prescindir deles. Isso tornaria impossível a prestação de serviços. Esse tratamento está vinculado às seguintes finalidades, os quais devem ser informados, pelo **CONTRATANTE**, ao beneficiário:

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

- (ii) No caso de contratos coletivos, para a comprovação de vínculo entre a pessoa jurídica contratante e o beneficiário e entre o beneficiário titular e os seus dependentes.
- (iii) Consulta e inclusão de dados em cadastros de restrição ao crédito, listas de impedidos e assemelhados;
- (iv) Preenchimento da Declaração de Saúde – o beneficiário, em algumas situações, tem de preencher a declaração de saúde informando as doenças e lesões preexistentes de que saiba ser portador no momento da contratação. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da operadora de planos de saúde.
- (v) Análise de carência, Cobertura Parcial Temporária, Agravo, Reopção de Agravo - análise dos dados da contratação com emissão de declarações, termos e assemelhados.
- (vi) Viabilização do PEA – Plano de Extensão Assistencial, quando componente da contratação do plano de saúde.
- (vii) Termo de opção de permanência – em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria a empregadora ofertará a permanência em plano de saúde, exclusivamente para inativos ou não, por meio do termo de opção. As informações constantes nesse termo serão conferidas pela operadora junto ao beneficiário e/ou ao contratante, presencialmente, por meio de ligação gravada ou outros.
- (viii) Perícia Médica – a operadora pode requisitar que o beneficiário perpassasse por perícia médica, onde serão gerados documentos físicos e/ou eletrônicos e ocasião na qual o médico perito pode pedir exames, laudos e outros documentos relacionados à saúde do beneficiário. Pode gerar imputação de CPT – Cobertura Parcial Temporária, onde são gerados alguns documentos físicos, eletrônicos ou gravações telefônicas. Os dados relacionados a essa finalidade são preenchidos em documentos físicos e/ou eletrônicos, gravações telefônicas e armazenados em sistemas informatizados que dão suporte à rotina operacional da operadora de planos de saúde.
- (ix) Biometria – o beneficiário se submeterá ao cadastramento da sua biometria e esta será conferida nos atos de atendimento, para sua segurança e da operadora de plano de saúde. A operadora, ainda, avaliará frequentemente os índices de correção do processo de coleta de biometria junto à rede prestadora, elaborando relatórios, gráficos e análises pertinentes à segurança e prevenção contra fraude.

- (x) Para a emissão das carteiras de identificação – com a contratação do plano de saúde cada beneficiário receberá uma carteira do plano (física e/ou virtual), com um número de identificação específico, denominado CCO, que será um dos responsáveis por identificá-lo.
- (xi) Identificação do beneficiário – o beneficiário se identificará civilmente (por todo e qualquer documento que seja hábil para essa identificação) e por meio da carteira do plano de saúde, para fazer jus à prestação de serviços, quando de solicitações via telefônica, e-mail, chatbots, aplicativos e outros canais de comunicação disponibilizados pela operadora ou por terceiros por ela contratados, para sua segurança e da operadora.
- (xii) Elaboração do prontuário – as unidades e profissionais de saúde elaborarão prontuários médicos com os dados dos beneficiários e aquelas serão CONTROLADORES dos dados neles constantes.
- (xiii) Análises de prontuários para investigação de eventos adversos, segurança do paciente, doenças de comunicação obrigatória, busca de leitos, aquisição de órteses/próteses e materiais especiais, monitoramento de epidemias/pandemias e dados epidemiológicos, análise sobre a prestação de serviços da rede prestadora, otimização de atendimento, conferência de conta, análise da TISS, estudos sobre fraudes e desperdício de recursos.
- (xiv) Visitas comerciais, assistência/programas de assistência à saúde – a depender do produto, serviço contratado, o beneficiário pode receber visitas, em seu endereço residencial informado no ato da contratação e/ou da solicitação.
- (xv) Contatos telefônicos, e-mails, carta, pessoalmente quando das unidades de atendimento – são canais regulares de comunicação dos setores (i) comerciais/marketing; (ii) atendimento ao cliente; (iii) médicos auditores; (iv) enfermeiros auditores; (v) ouvidoria; (vi) jurídico; (vii) atendimento administrativo em geral; (viii) financeiro e cobrança; (ix) pesquisa de satisfação do cliente. Em alguns casos, o contato pode ser feito por empresa terceirizada Operadora de dados.
- (xvi) Acesso a dados para solução de demandas requeridas pelo próprio beneficiário ou pelo interlocutor da pessoa jurídica contratante, em seu nome, com compartilhamento com entidades da rede, seguradora e setores internos.
- (xvii) Todos os dados necessários para os eventos de cobrança e pagamento das mensalidades e coparticipações do plano de saúde, assim como eventuais reembolsos, conforme processo aberto pelo beneficiário. A operadora pode fazer estudos, relatórios, painéis informativos sobre toda a movimentação de receitas e despesas dos planos de saúde.

- (xviii) Elaboração das contas pelos componentes da rede do plano de saúde (entidades, profissionais de saúde, laboratórios, clínicas e outros), as quais são abertas, com discriminação de item a item, procedimento a procedimento, assim como o DRG (Diagnosis Related Group), os quais servem como forma de remuneração dos mencionados componentes da rede. Troca de Informações em saúde suplementar - São finalidades do Padrão TISS – Troca de Informações de Saúde Suplementar: I - padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas; II - subsidiar as ações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e III - compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
- (xix) Envio do SIB (Sistema de Informação de Beneficiários) à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, continente de dados pessoais do beneficiário.
- (xx) Auditoria de contas – isso permite que a operadora verifique a regularidade do que foi prestado ao beneficiário, para efetuar os pagamentos à rede, como uma forma de zelar pelo cumprimento da lei e da saúde financeira dos planos de saúde.
- (xxi) Auditoria médica e de enfermagem.
- (xxii) Preenchimento de guias físicas e eletrônicas de solicitação de procedimentos, sua análise/auditoria pré-autorização, armazenamento e estudos relacionados – as quais são remetidas para a operadora, para verificação de conformidade contratual e/ou com o Rol da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas Diretrizes Clínicas e/ou Diretrizes de Utilização.
- (xxiii) Laudos médicos e de outros profissionais da área de saúde, de exames e procedimentos – para subsidiar os processos de autorização e quaisquer outros necessários para a execução do contrato de plano de saúde.
- (xxiv) Avaliações, estudos, análises, construção de indicadores, levantamento de custos, sinistralidade, eventos que sejam necessários para a realização da atividade empresarial da operadora de planos de saúde, pagamento de prestadores de serviços (rede e outros), elaboração de orçamentos, estudos e regras contábeis, provisões técnicas e financeiras.
- (xxv) Para o cumprimento de leis, regulamentos, normas, recomendações, portarias e assemelhados, além das obrigações perante o Sistema Unimed.
- (xxvi) Para a realização de auditorias de processos – essas auditorias têm por objetivo a melhoria contínua, aprimoramento constante, nas áreas

assistencial, de segurança, prevenção de fraude, atendimento ao cliente, ouvidoria, governança, segurança do paciente.

- (xxvii) Investigação de fraudes, controles de acessos, segurança eletrônica, desenvolvimento de sistemas/algoritmos para otimização dos serviços prestados objetos deste contrato.
- (xxviii) Processo de aferição do valor a ser pago de coparticipações, emissão dos competentes documentos de cobrança (boletos, extratos de utilização/relatórios de utilização) elaboração e confecção da carteira de identificação do plano e quaisquer outros relatórios exigidos pelo CONTRATANTE do plano – pode haver compartilhamento de dados com gráficas e bancos (instituições financeiras), com remessa mínima de dados para alcançar o escopo da atividade.
- (xxix) Para os serviços de remoção hospitalar, atenção domiciliar e outros oferecidos pela operadora, os quais não se confundem com o plano de saúde, quando serão colhidos dados e alimentados sistemas eletrônicos, formulários, específicos para a prestação desse tipo de serviços e prontuários próprios, quando for o caso.
- (xxx) Para uso em defesas administrativas, pré-administrativas, judiciais, respostas a ofícios, intimações, citações ou quaisquer atos oficiais de autoridades, entidades, órgãos públicos.
- (xxxi) Para instauração/condução de ações judiciais, processos administrativos, ofícios a entidades públicas e privadas, órgãos públicos.
- (xxxii) Alimentação de sistemas informatizados, aplicativos com resultados de exames, laudos, dados de saúde e todas as demais movimentações, solicitações, relacionadas ao contrato de plano de saúde.
- (xxxiii) No caso de contratação de produtos de saúde ocupacional - a operadora realizará os programas determinados pelas regulamentações do Ministério do Trabalho, emitindo os documentos a eles relacionados, o que será compartilhado com a contratante dos serviços, mas também armazenados pela operadora.
- (xxxiv) Avaliação técnica de solicitações e procedimentos realizados para oferta de programas e serviços específicos, segundo interesses do beneficiário, avaliação de satisfação do beneficiário.
- (xxxv) Avaliação de satisfação do beneficiário participantes de programas, serviços de assistência à saúde, pela própria operadora ou por terceiro contratado.
- (xxxvi) Assinatura de termos de consentimento informado, seu armazenamento e compartilhamento com órgãos públicos quando for o caso.

(xxxvii) Agendamento de consultas, controle e eventual contato para confirmação ou cancelamento, estudos relacionais a absenteísmo, frequência em serviços de urgência e emergência, uso de serviços de tele saúde, de determinada especialidade, de geolocalização e outros, com o mesmo viés;

(xxxviii) Realizar cuidados em saúde; Monitorar planos terapêuticos e ou de cuidado; recebimento, análise e estudos de dados recebidos por meio de vestíveis eletrônicos ou monitoramento remoto;

(xxxix) Estudos de preço e de mercado;

(xl) Elaboração, aplicação, construção de sites, aplicativos, programas;

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

ACIDENTE DO TRABALHO: é o que ocorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão ou perturbação funcional que cause perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, que ocorrer no ambiente de trabalho, assim como no trajeto de casa para o trabalho ou vice-versa.

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

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

AGENTES POLÍTICOS: são os 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 GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: é a área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, a qual está definida na(s) Proposta(s) de Admissão, onde estão descritas as características dos produtos contratados.

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.

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

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita na **UNIMED-BH** pelo **CONTRATANTE**, e a este vinculado conforme determinado pela ANS – Agência Nacional de Saúde - 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 à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, tendo sido demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado e, nesse caráter, custeado parte ou a integralidade do plano de saúde oferecido pelo empregador, denominado também beneficiário ex-empregado.

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

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

COBERTURA: a cobertura é compreendida por todos os eventos e procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos **que componham as segmentações do produto contratado**, a qual pode ser Ambulatorial e/ou Hospitalar e/ou Obstétrica, considerada ainda a acomodação (quando o plano possuir segmentação hospitalar) e a área geográfica de abrangência. Nas

propostas de admissão estão descritas as características dos produtos contratados, para que o **CONTRATANTE** efetue o enquadramento das disposições contratuais características de cada produto.

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.

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

COBERTURA 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.

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

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

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

CONTRATADA: é a **UNIMED-BH**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga perante a **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 cada pessoa jurídica qualificada na(s) Proposta(s) de Admissão e outros instrumentos contratuais, os quais integram este contrato.

CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter 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 **CONTRATANTE** por relação empregatícia e/ou estatutária.

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

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

CONTROLADOR: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais. Mas, veja-se que a prestação de serviços de que ora se trata é complexa, envolve diversas atividades, nas quais as partes nela envolvidas podem ser, ora **CONTROLADORAS** ora **OPERADORA de dados pessoais**. Quando no exercício da posição de **CONTROLADORA**, cabe à contraente o enquadramento da base de dados, possibilitar o exercício do direito do titular dos dados e outros deveres contidos na legislação de proteção de dados.

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE** deve pagar para a operadora referente a realização de cada evento, conforme especificado nos Anexos deste contrato e na Proposta de Admissão, compondo as obrigações financeiras exigíveis do **CONTRATANTE** para a manutenção da contratação.

COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA E/OU DIFERENCIADA: determinado 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, “Espaço Empresa”, Anexo I.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através do preço total do procedimento contido na Tabela de Referência da **UNIMED-BH** acrescido do(s) percentual(is) informado(s) na Proposta de Admissão.

DADO ANONIMIZADO: dado relativo a titular (nos termos da lei geral de proteção de dados) que não possa ser identificado, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis e disponíveis na ocasião de seu tratamento.

DADO PESSOAL: informação relacionada a pessoa natural identificada ou identificável, no caso deste contrato, os beneficiários de planos de saúde vinculados ao contratante e/ou seus dependentes. A **UNIMED-BH** trata, no mínimo, os seguintes dados pessoais: nome; nome social; sexo; gênero; identidade (todos os tipos de documentos de identificação); DNV (Declaração de Nascido Vivo); título de eleitor; certidões; CPF; endereços (físicos e eletrônicos); filiação; estado civil; telefones; naturalidade; nacionalidade; número do cartão

nacional de saúde; dados bancários; CCO (número da carteirinha do plano de saúde). Pode haver necessidade de dado pessoal adicional para a prestação de serviços aqui disposta.

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

DIRETRIZES CLÍNICAS (DC): são orientações científicas aos profissionais de saúde sobre condução de alguns procedimentos constantes no rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS – Agência Nacional de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

ESPAÇO EMPRESA: Ambiente exclusivo no site da Unimed-BH para a contratante e as empresas aderentes gerenciar o plano de saúde. No ambiente os serviços de:

Inclusão, exclusão e transferência de colaboradores, Emissão de boleto, Atualizações de cadastro, Contratação de módulos opcionais estarão disponíveis em área logada.

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. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são sub agrupados em diferenciados.

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

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

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

ATENÇÃO CONTRATANTE: as redes dos planos não são necessariamente iguais. Confira na(s) Proposta(s) de Admissão quais os planos contratados para identificar a rede, corretamente, no GUIA.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO (exclusivos da segmentação hospitalar ou hospitalar com obstetrícia): são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica para os quais não há cobertura do presente contrato.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA (exclusivos da segmentação hospitalar ou hospitalar com obstetrícia): são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas como para

Honorários Médicos e SADT, materiais, medicamentos e gasoterapia **para os quais não há cobertura do presente contrato.**

HOSPITAL-DIA (exclusiva da segmentação hospitalar ou hospitalar com obstetrícia): é aquele regime de internação próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e tão somente neles aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

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

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

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: valores definidos na Proposta(s) de Admissão que devem ser pagos, mensalmente, pelo **CONTRATANTE**, que somados à **COPARTICIPAÇÃO (fator de moderação)** e eventuais taxas contratualmente fixadas, constituem as obrigações financeiras contratuais obrigatórias que custeiam e modulam o plano de saúde.

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

MOVIMENTAÇÃO ELETRÔNICA EMPRESARIAL (MEE): funcionalidade do **ESPAÇO EMPRESA** para a movimentação dos beneficiários, a qual fica à cargo da **CONTRATANTE**, nos termos deste contrato.

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.

OPERADORES: pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador. Para a execução deste contrato, haverá necessidade de compartilhamento de dados com operadores determinados, quando serão estabelecidos padrões de segurança de dados, nos termos da legislação de proteção de dados vigente. Mas, veja-se que a prestação de serviços de que ora se trata é complexa, envolve diversas atividades, nas quais as partes nela envolvidas podem ser, ora **CONTROLADORAS**, ora **OPERADORES de dados pessoais**.

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

PERÍODO DE APURAÇÃO DA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS: período definido na cláusula de reajuste, em que são identificados todos os contratos que possuam 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.

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.

PLURALIDADE DE CONTRATANTES: conforme definido na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, é uma reunião de pessoas jurídicas contratantes a qual objetiva melhores condições comerciais na contratação de planos de saúde.

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

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste contrato, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato, e é onde o **CONTRATANTE** manifesta 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.

RELATÓRIOS: o **CONTRATANTE** pode requisitar que a **UNIMED-BH** emita relatórios e dados a respeito da execução do contrato, os quais deverão ser gravados de sigilo, conforme legislação vigente, sendo que em relação a essa atividade a **UNIMED-BH** assume posição de **OPERADORA** de dados e o **CONTRATANTE**, de seu **CONTROLADOR**.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde **de acordo com a segmentação contratada, a qual deve ser conferida na(s) Proposta(s) de Admissão vinculadas ao presente.**

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED's, cooperativas de trabalho médico, as quais podem ser consultadas no site www.unimed.coop.br.

TABELA DE REFERÊNCIA: é uma lista referencial de eventos (consultas, exames/terapias, procedimentos, internação e tratamentos) para a cobertura do presente contrato e seus respectivos custos médios. A tabela conterá os grupos e subgrupos de acordo com as suas características, continente dos valores financeiros de cada um deles e um limite máximo (teto), a fim de que a coparticipação percentual estabelecida na(s) Proposta(s) de Admissão possa ser reduzida a sua representação financeira (incidência do percentual sobre o valor do procedimento nela referenciado, limitado a um valor máximo - teto), podendo os valores finais serem verificados, pelo **CONTRATANTE e pelo beneficiário**, na forma do presente contrato.

TERAPIAS: são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes. As que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupadas em reduzidas e, ao contrário, as que necessitam, são sub agrupadas em diferenciadas.

TITULAR: pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento, no caso deste contrato os beneficiários de planos de saúde vinculados ao contratante e/ou seus dependentes.

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

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

TRATAMENTO: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento,

armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

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

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

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

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 nos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta).

3.2. Fora da área de atuação acima, **unicamente (I) quando o contrato tiver área de abrangência diversa daquela acima descrita (deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão) e, (II) 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's;
- c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;

SEÇÃO I – ESPECIFICIDADES DOS PLANOS COM SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR (COM OU SEM OBSTETRÍCIA)

3.3. Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais (avaliar se o plano contratado possui segmentação hospitalar – Anexo do produto) e os serviços de tabela própria e/ou de alto custo, relacionados na “Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo” (disponível em www.unimedbh.com.br, estão excluídos da cobertura deste.

3.3.1. A **UNIMED-BH** poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões no item anterior disponibilizando aos **CONTRATANTES** pelo Portal www.unimedbh.com.br.

3.3.2. A relação atualizada dos hospitais (avaliar se o plano contratado possui segmentação hospitalar – Anexo do produto) credenciados pelo Sistema Unimed estará à disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto aos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta).

3.3.3. As cláusulas acima não se prestam a alterar a segmentação do plano contratado. Se o produto contratado não possui cobertura hospitalar (com ou sem obstetrícia), a existência da listagem mencionada acima não possui o condão de incluí-los como prestadores.

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**;
- 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 firmado com o **CONTRATANTE**;
- 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 **CONTRATANTE**;
- 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 – até às vésperas de completar 31 (trinta e um) anos;
- c) menor que, por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do beneficiário titular;
- d) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- e) curatelado que, por força de decisão judicial, se ache sob a curatela do beneficiário titular.

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

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

4.4.1. 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.

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

4.5. 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;

4.5.1. 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.

4.6. Os documentos comprobatórios de cumprimento desta cláusula contratual serão remetidos pelo **CONTRATANTE** e armazenados pela **UNIMED-BH** pelo prazo necessário para defesa de seus direitos, nos termos da regulamentação vigente.

4.7. Se o **CONTRATANTE** eleger qualquer tipo de intermediário relacionado à execução deste contrato, especialmente para o acompanhamento da sinistralidade e dos dados a ela relacionados, o fará na condição de **CONTROLADOR** dos dados, assumindo em relação a essa atividade, a **UNIMED-BH**, a posição de **OPERADORA** dos dados, não cabendo a ela quaisquer decisões acerca destes

SEÇÃO I – ESPECIFICIDADES DOS PLANOS COM SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

4.8. São asseguradas ainda as seguintes condições aos beneficiários nos planos que possuam segmentação HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

4.8.1. 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;

4.8.1.1. 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;

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

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS

5.1. Será disponibilizado ao **CONTRATANTE** o **ESPAÇO EMPRESA**, no sítio eletrônico da **UNIMED-BH**, ocasião em que deve cadastrar *login e senha* para acesso a diversas funcionalidades, tais como, mas não se resumindo a (i) Movimentação Empresarial Eletrônica; (ii) emissão de relatórios; (iii) acesso a fatura, presumindo a **UNIMED-BH** que todos os atos praticados pelo **CONTRATANTE** neste espaço são executados por quem possua capacidade.

5.1.1. Durante toda a vigência do contrato, o **CONTRATANTE** deve manter os dados dos beneficiários vinculados ao plano de saúde atualizados junto à operadora, devendo ser fornecidos e-mails particulares dos beneficiários e não corporativos, assim como endereços residenciais e demais dados e nos moldes requeridos pela **UNIMED-BH**.

5.1.2. As Partes devem colaborar entre si para a obtenção de consentimentos, quando esta for a base legal para tratamento dos dados, de forma a dar cumprimento à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

5.2. 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.

5.3. O **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **UNIMED-BH**, 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**.

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

5.3.2. 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**.

5.3.3. 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.

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. 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;
- f) deixar de cumprir requisitos dispostos na regulamentação vigente.

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

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

5.7. 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) ou de seus dependentes, valores estes que

serão incluídos na fatura mensal de serviços ou serão objeto de fatura especificamente emitida.

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

5.8.1. A exclusão do beneficiário titular e/ou de seu dependente 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 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 5 (cinco) 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 5 (cinco) 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 a 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 a prestação de serviços de plano de saúde ora contratada. Cabe à **UNIMED-BH** o direito de adotar, a qualquer momento, novo sistema para melhor atendimento dos beneficiários e sua melhor identificação.

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 as mensalidades e coparticipações, no valor vigente à época da requisição, disponível para consulta no site www.unimedbh.com.br.

7.2.1. A taxa de emissão de nova via de cartão será corrigida anualmente, no mês de agosto, pelo índice de reajuste de planos de saúde individuais, divulgado pela ANS.

7.3. É obrigação do **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, ou ainda de exclusão do beneficiário titular ou dependente, devolver os respectivos cartões de identificação 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, rescisão 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 contrato de prestação de serviços médico-assistenciais é pactuado sob a **modalidade de contratação coletiva empresarial** e tem em vista a cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica 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 e deste contrato.

8.1.1. Na(s) Proposta(s) de Admissão firmadas pelo **CONTRATANTE** contém descrição sobre a **segmentação do produto, coparticipação, preços, faixas etárias, acomodação** e outros dados comerciais importantes para a execução do presente. Veja que algumas cláusulas do presente se restringem a alguns tipos de plano ou algumas de suas características, cabendo ao **CONTRATANTE** identificá-los na(s) Proposta(s) de Admissão.

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.

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. A cobertura dos planos aqui contratados se restringe ao disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme disposto na Lei 9.656/98 e na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

9.1.1. A cláusula de cobertura do presente contrato está dividida em **SEÇÕES**, cada qual relacionada a uma segmentação específica. Para definir qual cobertura de cada um dos planos contratados, o **CONTRATANTE** deve verificar na(s) Proposta(s) de Admissão, qual o produto contratado e a sua segmentação: **AMBULATORIAL; AMBULATORIAL COM HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA; AMBULATORIAL COM HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA.**

SEÇÃO I – DA COBERTURA EXCLUSIVA DO PLANO COM COBERTURA AMBULATORIAL:

9.2. **Cobertura Ambulatorial:** é a que abrange aquele 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 – 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;

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

d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos na segmentação ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

e) hemoterapia ambulatorial;

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, 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.

SEÇÃO II – DA COBERTURA EXCLUSIVA DO PLANO COM COBERTURA HOSPITALAR:

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 (divulgado nos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta))** 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 (artigo 12, II, “c”, da Lei 9.656/98);

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;

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

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 contraindicação 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 necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo Conselho de Classe,

desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento).

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

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

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

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

9.3.16.1. A internação citada acima fica sujeita à coparticipação financeira 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;

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

SEÇÃO III – DA COBERTURA EXCLUSIVA DO PLANO COM COBERTURA HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

9.4. Cobertura Obstétrica: compreende toda cobertura definida na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH, conforme o Guia Médico do plano contratado (divulgado nos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta)** , desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

- a) cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra indicação do médico assistente, ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;
- b) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, 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) (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 consumidor, como beneficiário 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 normal 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 póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;**
- j) enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;**
- k) cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza, ficando claro que a mamoplastia para estes fins não está assegurada;**
- l) tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
- m) tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;**
- n) fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;**

- o) exames médicos para a prática de natação ou ginástica ou qualquer atividade desportiva, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;**
- p) aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;**
- q) órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;**
- r) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;**
- s) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;**
- t) implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;**
- u) tratamentos em spas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;**
- v) procedimentos, exames ou tratamentos 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 componentes da rede do produto;

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.

ATENÇÃO:

ah) Se o plano contratado tiver cobertura exclusivamente ambulatorial, estão excluídas as coberturas descritas como exclusivas da cobertura hospitalar e da cobertura hospitalar com obstetrícia;

ATENÇÃO:

ai) Se o plano contratado tiver cobertura ambulatorial com hospitalar sem obstetrícia, estão excluídas as coberturas descritas como exclusivas da cobertura hospitalar com obstetrícia.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS CARÊNCIAS

11.1. Os serviços previstos neste contrato serão prestados após o cumprimento das carências a seguir especificadas, as quais possuem vinculação com a segmentação contratual do plano contratado pelo **CONTRATANTE, que devem ser conferidas na(s) Proposta(s) de Admissão que descrevem quais planos foram contratados por aquele:**

(A) PLANOS COM SEGMENTAÇÃO UNICAMENTE AMBULATORIAL:

Procedimento	Prazo
Atendimento de urgência e emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consultas e procedimentos básicos de diagnóstico e terapia	30 (trinta) dias

(B) PLANOS COM SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL COM SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA:

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

(C) PLANOS COM SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:

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. Se o **CONTRATANTE** optar pela contratação de diversos planos, que contenham rede assistencial, acomodação e segmentação diferentes, caso haja movimentação de beneficiário entre eles, aqueles se sujeitarão às carências adicionais relacionados a rede assistencial (profissionais e entidades), serviços, segmentação e acomodação superior do plano de destino.

11.3. Os prazos de carência acima serão contados a partir do termo inicial da vigência 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 dos planos, no momento de inclusão de beneficiário, for aferido que o mesmo possui menos de 30 (trinta) beneficiários, a inclusão que se fizer sob essa condição permitirá que o contratante exija as carências acima previstas, exceto se houver acordo firmado, por meio de termo aditivo, para soma do contingente dos planos contratados pelo **CONTRATANTE** junto a **UNIMED-BH**.

11.5. Se houver alteração da vinculação do beneficiário ou 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 LESÕES E DOENÇAS 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 agravamento 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) de que saiba ser portador ou sofredor 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**, 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** oferecerá a cobertura parcial temporária (CPT) e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo como opção à 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 ofereça a cobertura parcial temporária (CPT) no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo.

12.13. Na hipótese de cobertura parcial temporária (CPT), a **UNIMED-BH** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta

tecnologia e os procedimentos de alta complexidade quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente (DLP).

12.14. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.

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

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

12.19. 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 efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente (DLP), desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença ou lesão preexistente (DLP) pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.

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. As condições de atendimento podem variar de acordo com o tipo de plano contratado, os quais estão delimitados na(s) **Proposta(s) de Admissão**. Na **Seção I** estão contidas as regras gerais, aplicadas a todo e qualquer tipo de plano contratado e,

nas Seções seguintes, as condições particularidades de acordo com as segmentações e modelo de atenção.

13.2. A SEÇÃO III – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO EM PLANOS COM PORTA DE ENTRADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA, DENOMINADOS UNIMED PLENO trata das especificidades de atendimento desse produto específico, sendo que a ele se aplicam também as disposições da SEÇÃO I e da SEÇÃO que corresponde à sua segmentação, a qual deve ser verificada na(s) Proposta(s) de Admissão.

SEÇÃO I – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO GERAIS

13.3. Serão assegurados aos beneficiários os serviços previstos neste contrato e em seus Anexos, por meio da rede do plano da **UNIMED-BH** contratado considerada a área de atuação do produto 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 Unimeds;
- c) as normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;
- d) segmentação do plano contratado pelo **CONTRATANTE**.

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

13.5. A execução do presente contrato está condicionada ao cumprimento de seus termos, pelo beneficiário e **CONTRATANTE**, sendo que a realização de procedimentos – à critério da operadora - será viabilizada por meio de solicitação médica apresentada em meio físico ou em sistema próprio da **UNIMED-BH** e **submetida à autorização prévia**.

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

13.5.2. Os estabelecimentos e profissionais da rede conferirão a identidade e a sua condição de beneficiário da **UNIMED-BH** no ato do atendimento, colhendo as informações necessárias para tanto.

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

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

13.5.5. É direito da **UNIMED-BH** a auditoria relacionada ao processo de autorização, assim como as análises, estudos relacionados à matéria, para aferição de cumprimento do contrato do plano de saúde, cumprimento do contrato pelos prestadores de serviços componentes da rede, segurança do beneficiário, qualidade da prestação de serviços e assemelhados.

13.6. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada no presente contrato, devendo o **CONTRATANTE** prover o beneficiário de todas as informações necessárias, com base no presente e em seus Anexos.

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

13.8. A **UNIMED-BH** não se responsabilizará por qualquer acordo particularmente ajustado pelos beneficiários com médicos e entidades de assistência à saúde de quaisquer naturezas, contratadas ou não por esta operadora.

13.9. 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 sua identificação biométrica, sempre à critério da operadora, para fins de segurança, controle e prevenção à fraude.

SEÇÃO II - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO EM PLANOS COM COBERTURA DA SEGMENTAÇÃO HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA

13.10. Além das condições de atendimento explicitadas nos itens anteriores, aplicam-se aos contratos **com segmentação hospitalar, com ou sem obstetrícia**, as descritas nesta Seção.

13.11. 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.

13.12. 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.

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

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

13.15. 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.

13.16. 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.

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

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

SEÇÃO III – CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO EM PLANOS COM PORTA DE ENTRADA E ATENÇÃO PRIMÁRIA, DENOMINADOS UNIMED PLENO

13.21. A Porta de Entrada dos beneficiários para a realização a consultas é as **UNIDADES CLÍNICAS UNIMED PLENO**, identificadas no Guia de Rede disponibilizado ao **CONTRATANTE** por meio do sítio eletrônico www.unimedbh.com.br.

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

13.23. Sendo necessário encaminhamento para especialista ou realização de sessões de nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional, psicólogo, psicoterapia, haverá encaminhamento pelo médico assistente da **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** para quaisquer prestadores constantes no Guia de Rede do presente plano disponível no site www.unimedbh.com.br, devendo o beneficiário levar a guia de requisição desses serviços e, quando for necessário, a autorização da **UNIMED-BH**.

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

13.25. Os atendimentos ambulatoriais, as internações clínicas, cirúrgicas (inclusive bucomaxilofacial) ou obstétricas (em quaisquer desses casos, exceto quando caracterizada a urgência e emergência) serão realizados pelos prestadores discriminados no Guia de Rede do plano contratado disponível no site www.unimedbh.com.br, mediante apresentação da guia de solicitação dos serviços emitida pelo médico assistente lotado na **UNIDADE DE PORTA DE ENTRADA** e, quando necessário, de autorização da **UNIMED-BH**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

14.2. Considera-se atendimento de emergência, nos termos dos planos de saúde, 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 nos planos, 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. A regulamentação normativa da ANS prevê que o plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, sendo caso seja 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 dos planos de saúde, 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 dos planos regulados por este contrato, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato - carência.

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 do 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 DLP's.

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 SUS.

14.7.3. Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade do SUS ou nas unidades de saúde onde receberam os atendimentos das primeiras 12 (doze) horas, **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 dos planos de saúde, 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 vigente na data do evento e ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

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

e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e aos serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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, sem que tenha havido requisição.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

16.1. As mensalidades dos planos de saúde 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. De acordo com a regulamentação da Saúde Suplementar atualmente vigente, constituem faixas etárias as seguintes:

Faixa Etária
De 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade
De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade
59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais

16.3. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na(s) Proposta(s) de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula referente ao “REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES”.

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 em cada plano de saúde, valores estes constantes **na(s) Proposta(s) 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.**

17.1.1. Por cada beneficiário inscrito em cada plano de saúde, o **CONTRATANTE** pagará a taxa de inscrição de valor informado **na(s) Proposta(s) de Admissão**, a ser faturada juntamente com a mensalidade ou coparticipação.

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.

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

17.1.4. Essa taxa é devida pela **CONTRATANTE** em relação a cada beneficiário inscrito em cada plano de saúde destinado aos empregados ativos e em cada planos de saúde destinado aos empregados inativos (ex-empregados), no caso deste especificamente, quando houver sucessão de Contratos com inscrição de beneficiários no ato da contratação junto a **UNIMED-BH**.

17.2. As obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços de plano de saúde serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na(s) Proposta(s) 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. As faturas emitidas pela **UNIMED-BH** serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis no ato do fechamento de cadastro, ou seja, período compreendido entre a data inicial e a data final de apuração das movimentações (inclusões ou exclusões de titulares, dependentes ou módulos) ocorridas e contempladas na fatura de referência.

17.4.1. A movimentação de um período, inclusão e exclusão de beneficiários, será processada no faturamento do mês subsequente.

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

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 das obrigações financeiras 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 plano de saúde inadimplido para sua extinção por culpa.

17.7.1. O **CONTRATANTE** deve estar atento à cobrança das coparticipações, constituindo-se inadimplemento o seu não pagamento em tempo, possibilitando a resolução do contrato de plano de saúde no qual se deu o inadimplemento.

17.7.2. Sujeita-se a resolução do contrato de plano de saúde o **CONTRATANTE** que pague parcialmente as obrigações financeiras descritas no presente 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, aferido através da tabela de referência, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

17.9. O **CONTRATANTE** está ciente de que o faturamento dos serviços prestados (mensalidades, coparticipações e eventuais taxas) poderá ser efetuado em até 240 (duzentos e quarenta) dias corridos da realização dos eventos ou procedimentos, em virtude da utilização do Sistema Mineiro ou Sistema Nacional, nos termos deste contrato.

17.9.1. O **CONTRATANTE ESTÁ CIENTE E CONCORDA COM O FATO** de que em caso de rescisão dos planos de saúde 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, em custo operacional, que a ele forem faturados.

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 do plano de saúde, 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.

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 necessários à manutenção do contrato, especificado na(s) Proposta(s) 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

SEÇÃO I – DAS REGRAS GERAIS DE COPARTICIPAÇÃO APLICÁVEIS A QUAISQUER PLANOS DE SAÚDE

18.1. Estão discriminados na(s) Proposta(s) de Admissão os valores monetários ou percentuais de coparticipação financeira a que está sujeito o **CONTRATANTE**.

18.2 No caso da coparticipação estabelecida em percentual, para determinar o seu valor monetário correspondente, será necessário aplicar o percentual estabelecido para o grupo ou subgrupo ao qual está inserido o evento sobre o seu valor monetário, constante na Tabela de Referência da **UNIMED-BH**, **observados os tetos expostos na(s) Proposta(s) de Admissão**.

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 (“Espaço Empresa”)**.

18.4. A classificação completa de cada exame/terapia/procedimento para cálculo de coparticipação consta do Anexo I, que está disponível para consulta no site da **UNIMED-BH (www.unimedbh.com.br, “Espaço do Empresa”)**.

18.4.1. Para verificar o valor da coparticipação a ser paga ou conferir o valor já pago, o **CONTRATANTE** pode acessar a página de acesso disponível em www.unimedbh.com.br, “Espaço Empresa”, lançar o nome do procedimento ou seu código TUSS, obtendo assim os valores respectivos. Pode, também, ligar para o telefone 4002-3030 e solicitar todas as informações relacionadas às coparticipações com o atendente.

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

18.6. DA COPARTICIPAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

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

18.6.1.1. Os valores de coparticipação para internação psiquiátrica serão aferidos através da aplicação do percentual descrito na(s) Proposta(s) 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.

18.6.1.2. 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 - ANS e, dentro dos limites descritos por esta, **explicitada na(s) Proposta(s) de Admissão do presente contrato.**

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

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

18.8. REGIME DIFERENCIADO DE COPARTICIPAÇÃO APLICADO A TODOS OS TIPOS DE PLANOS:

18.8.1. Os procedimentos listados abaixo estão sujeitos a cobrança de coparticipação em regime diferenciado, pois a coparticipação não incidirá sobre cada evento, individualmente, mas sobre o grupo de eventos **iguais** realizados dentro de um período de 30 (trinta) dias.

18.8.2. Estão sujeitos a esse regramento diferenciado:

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

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

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

18.8.3.2. Para a definição das coparticipações que serão exigidas para a realização dos procedimentos estipulados em 18.8.2 do presente contrato, o **CONTRATANTE** deverá observar, também, o conteúdo da tabela disposta na(s) Proposta(s) de Admissão tais como: o teto, percentuais ou **eventual condição comercial mais vantajosa acordada entre as Partes ou oferecida pela operadora.**

SEÇÃO II – DOS PLANOS DE SAÚDE DENOMINADOS UNIFÁCIL FLEX

18.9. 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, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- e) internações em hospital-dia, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- f) internações psiquiátricas, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- g) tratamentos.

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

18.9.2. Aos **PLANOS UNIFÁCIL FLEX** aplicam-se as disposições da **SEÇÃO I** da presente cláusula.

SEÇÃO III – DOS PLANOS DE SAÚDE DENOMINADOS UNIPART FLEX

18.10. 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, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- e) internações em hospital-dia **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- f) internações psiquiátricas, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- g) tratamentos.

18.10.1. Aos **PLANOS UNIPART FLEX** aplicam-se as disposições da **SEÇÃO I** da presente cláusula.

SEÇÃO IV – DOS PLANOS DE SAÚDE DENOMINADOS UNIMAX

18.11. Estão sujeitos a coparticipação:

a) internações psiquiátricas **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão.**

18.11.1. Aos **PLANOS UNIMAX** aplicam-se as disposições da **SEÇÃO I** da presente cláusula.

SEÇÃO V – DOS PLANOS DE SAÚDE DENOMINADOS UNIMED PLENO

18.12. 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 **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- e) internações em hospital-dia, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- f) internações psiquiátricas, **caso o plano possua segmentação hospitalar, o que deve ser conferido na(s) Proposta(s) de Admissão;**
- g) tratamentos.

18.12.1. As consultas e procedimentos realizados na **UNIDADE CLÍNICA UNIMED PLENO** não estão sujeitos à cobrança de coparticipação.

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

19.1. Está descrito nas **DEFINIÇÕES** o que é **INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA**, a qual se aplica a contratos que tenham segmentação hospitalar. Verificar na(s) Proposta(s) de Admissão a segmentação de seu produto e as condições comerciais da coparticipação deste tipo de internação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

20.1. O número de beneficiários, apurado na data de aniversário do plano, 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 de cada um dos planos 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(s) Proposta(s) de Admissão abarcadas pelo presente, serão reajustadas anualmente, no aniversário do contrato, pelo IGP-M.

20.2.2. As mensalidades serão reajustadas pelo IGP-M, conforme item 20.2 do presente 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 no ano anterior de vigência tiverem ocorrido situações que alteraram 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 as CONTRATANTES percentual de reajuste diverso do IGP-M.

20.2.3. Na hipótese de o IGP-M acumulado for inferior a zero (negativo), o percentual de reajuste aplicável corresponderá a 0% (zero por cento) – não sendo aplicado, portanto, o índice negativo – logo não havendo 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 plano de saúde, designado na(s) Proposta(s) de Admissão, com base no índice divulgado 1 (um) mês antes daquela, 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 plano de saúde, 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 aniversário do plano de saúde, relativo à sua data-base.

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 – na(s) Proposta(s) de Admissão - para sua realização, sendo líquidos e exigíveis os valores relativos a esse período.

20.5. Caso o Índice de Utilização Apurado do plano – 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 plano de saúde, 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:

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

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:

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

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

Legendas e definições das fórmulas:

RECEITA: Soma da receita, subtraídos redutores de receita (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 plano, especificado na(s) Proposta(s) 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 econômico-financeiras 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 MENOS DE 99 (NOVENTA E NOVE) BENEFICIÁRIOS.

20.10. Anualmente, no mês do aniversário do plano de saúde, a **UNIMED-BH** verificará o número de beneficiários que compõe a sua massa e se essa for inferior a 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 planos de planos de saúde da operadora que tenham menos de 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 plano agregado ao agrupamento de que trata esta cláusula aquele que possuir, na data de seu aniversário, quantidade de beneficiários de até 99 (noventa e nove) na data prevista acima, ainda que ocorra variação posterior 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 planos que compõem o agrupamento e será calculado ou aplicado o critério de análise de equilíbrio do contrato com base no índice de utilização - conforme abaixo - combinado ao índice de reajuste divulgado pela ANS para planos individuais, que esteja vigente no período de cálculo do reajuste definido na legislação regulatória e neste contrato. Se o Índice de Utilização do agrupamento estiver superior a 75%, o percentual de reajuste será dado pela fórmula estabelecida a seguir:

22.11.1 Cálculo do Índice de Utilização:

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

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 (-) redutores da receita (-) Remuneração pela Gestão e Comercialização;

REDUTORES DA RECEITA: Receitas Canceladas, Créditos Concedidos, Movimentações de Exclusões de Beneficiários e Baixa de Títulos por Perdas;
INCLUSÃO DE ITEM - REMUNERAÇÃO PELA GESTÃO E COMERCIALIZAÇÃO: Remuneração repassada à intermediadores, nomeados pela contratante, para gestão e/ou comercialização do contrato junto à Unimed BH.

20.11.2. Cálculo do Reajuste do Agrupamento:

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

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

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.

22.12.1. Na hipótese acima, caso o percentual de reajuste divulgado pela ANS for inferior a zero (negativo), não haverá deflação, ou seja, não haverá alteração dos valores das prestações pecuniárias, que permanecerão os mesmos até o próximo aniversário do Contrato.

20.13. A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos de planos de saúde 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. O(s) plano(s) de saúde vinculados ao presente terão duração mínima de 12 (doze) meses, a partir de sua vigência descrita nas Proposta de Admissão, 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 na Proposta de Admissão, da assinatura da sua assinatura ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei 9.656/98.

21.3. Ocorrendo a rescisão do plano 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 o(s) plano(s) de saúde, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo

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

22.1.1. O plano de saúde também poderá ser cancelado:

- a) pela **UNIMED-BH**, no caso de qualquer ato ilícito, fraude, tentativa de fraude ou de dolo pelo **CONTRATANTE** e/ou por qualquer beneficiário na utilização deste plano;
- b) pela **UNIMED-BH**, em caso de falência, recuperação judicial e recuperação extrajudicial do **CONTRATANTE**;
- c) por qualquer das partes, se houver inobservância das condições contratuais;
- d) ausência de acordo quanto ao reajuste ou proposta de reequilíbrio econômico financeiro do contrato;
- e) 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(s) Proposta(s) de Admissão, é facultado a qualquer das partes denunciar o plano de saúde, 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.

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

- a) a responsabilidade da **UNIMED-BH** quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para a efetivação de rescisão contratual, não correndo as despesas, a partir daí, por conta da **UNIMED-BH**;
- b) durante o prazo de aviso prévio, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários, exceto novo cônjuge e dependentes, nos termos do presente contrato.

22.4. O **CONTRATANTE** reconhece como dívida líquida e certa, em favor da **UNIMED-BH**, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a seus beneficiários após a rescisão do(s) plano(s), independentemente de data do início do tratamento, inclusive àquelas referentes a procedimentos autorizados previamente a 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 pelo(s) plano(s) de saúde.

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 do(s) plano(s) de saúde, os beneficiários poderão firmar plano(s) individual/familiar com a **UNIMED-BH**, no prazo de 30 (trinta) dias, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

22.7. Se o contrato for estruturado como uma PLURALIDADE DE CONTRATANTES:

22.7.1. A critério da **UNIMED-BH** no caso de inadimplemento, esta pode requerer a resolução somente em relação ao(s) **CONTRATANTE(S)** inadimplentes, obedecidos os prazos e procedimentos estabelecidos em 22.1, mantendo-se o contrato vigente em relação aos demais **CONTRATANTES**.

22.7.1.1. Caso a resolução se dê em relação a **COOPERATIVA ECONOMIA CREDITO MUTUO SERV. FUNDACAO HOSPITALAR E EMPREGADOS ESTAB. HOSPITALARES BH REG METROP E ZONA DA MATA LTDA. - SICOOB CECREF**, o contrato será necessariamente extinto em relação todos os demais **CONTRATANTES**, avisados com a antecedência prevista em lei.

22.7.2. Em caso de rescisão bilateral – acordo – em relação a um, alguns ou todos os **CONTRATANTES** – independentemente de quem seja a iniciativa - deve-se prever, necessariamente:

- a) Os custos de internação de beneficiários internados correrão às expensas do(s) **CONTRATANTE(S)** com o qual possuam vínculos, em custo operacional, até a data da alta;
- b) Devolução necessária de todos os cartões de identificação em prazo acordado a fim de que não haja utilização indevida e, caso não sejam devolvidos, o(s) **CONTRATANTES(S)** com os quais tenham vínculos os beneficiários serão responsabilizados por esses custos;
- c) Obrigatoriedade de o(s) **CONTRATANTE(S)** informarem aos beneficiários da rescisão do contrato e da possibilidade de firmarem contratos individuais/familiares com a **UNIMED-BH**, no prazo de 30 (trinta) dias da rescisão, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

22.7.3. O mesmo se aplica no caso de rescisão ou resolução do presente contrato.

22.7.4. A **COOPERATIVA ECONOMIA CREDITO MUTUO SERV. FUNDACAO HOSPITALAR E EMPREGADOS ESTAB. HOSPITALARES BH REG METROP**

E ZONA DA MATA LTDA. - SICOOB CECREF poderá pedir a exclusão de qualquer das **CONTRATANTES** se caso:

22.7.4.1. A procuração dada àquela for revogada;

22.7.4.2. Se o **CONTRATANTE** não mais pertencer ao Grupo;

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DAS REGRAS ANTICORRUPÇÃO

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 ("Lei Anticorrupção", em conjunto, as "Regras Anticorrupção"), comprometendo-se a abster de qualquer atividade que constitua uma violação às disposições do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos", que passa a ser considerado ANEXO ao presente contrato.

23.2. O "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" encontra-se disponível no site <https://www.unimedbh.com.br/espacoempresa>, tendo o **CONTRATANTE** tomado conhecimento do inteiro teor deste, compromete-se a respeitar e exigir 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.

23.3. O **CONTRATANTE**, por si e por seus administradores, diretores, funcionários e agentes, bem como seus sócios que venham a agir em seu nome e por seus subfornecedores, se obriga a conduzir suas práticas comerciais, durante a consecução do presente Contrato, de forma ética e em conformidade com as Regras Anticorrupção e com o "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos".

23.4. 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 nenhuma 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 as Regras Anticorrupção.

23.5. Mediante notificação prévia, o **CONTRATANTE** concorda que a **UNIMED-BH** terá o direito de realizar procedimento de auditoria certificar o cumprimento do "Código de Conduta e Relacionamento com Clientes Corporativos" e das Regras Anticorrupção pelo **CONTRATANTE**, sem, contudo, exonerar e/ou diminuir suas responsabilidades perante a **UNIMED-BH**, terceiros e/ou autoridades competentes.

23.6. Qualquer descumprimento por parte do **CONTRATANTE** e seus subfornecedores de quaisquer Regras Anticorrupção aplicáveis 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 à **UNIMED-BH** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas nesta Cláusula, estando autorizada desde já a reter qualquer pagamento que seja devido ao **CONTRATANTE** e/ou a compensar com qualquer valor que seja devido à **UNIMED-BH**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DO SISTEMA UNIMED

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

24.2 Por meio de acordos efetuados dentro desse **SISTEMA** cooperativista, uma cooperativa pode eleger prestadores contratados por outra ou que componham a sua rede própria para compor a rede de seus planos de saúde, possuindo assim, a **UNIMED-BH**, uma rede direta (a ela diretamente ligada por vínculo negocial ou rede própria) e outra indireta (ligada a outras Unimed's por vínculo negocial com estas).

24.3 Dentro da área de atuação da **UNIMED-BH**, definida em contrato, o beneficiário tem acesso a atendimento na sua rede direta e, fora dessa área, de acordo com as cláusulas deste contrato (área geográfica de abrangência), o atendimento se dá pela rede indireta da **UNIMED-BH**.

24.4 Quando o atendimento se dá na rede indireta da **UNIMED-BH**, necessariamente há tratamento de dados, inclusive sensíveis, dos beneficiários pela **UNIMED** que detém o contrato com o estabelecimento de saúde executante dos serviços, sendo que no caso de contratos coletivos o **CONTRATANTE** é coobrigado ao fornecimento dessas informações aos beneficiários titulares e dependentes.

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

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

24.7. Assim os dados de identificação e de atendimento dos beneficiários, necessariamente, são recebidos e utilizados pela Unimed atuante naquela localidade onde se deu o atendimento e encaminhados para a **UNIMED-BH** e compartilhados com a **UNIMED DO BRASIL**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA– DAS PRERROGATIVAS DA OPERADORA

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

25.2 Realização de auditorias;

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

25.4. Análise de dados para incremento de sua atividade;

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

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

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

25.8. Desenvolvimento de mecanismos de cyber segurança;

25.9. Consultas a cadastros de inadimplentes e listagens públicas de apontamentos;

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA DE SIGILO E SEGURANÇA DE DADOS

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

26.2. As Partes se comprometem, como **CONTROLADORES** de dados pessoais, a manter em sigilo os dados dos beneficiários compartilhados em razão do presente contrato, nos termos da legislação vigente.

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

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

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

26.6. Qualquer ocorrência de violação do sigilo dos dados deve ser imediatamente comunicada à contraparte contratual, sendo que todas as apurações e medidas de

contenção devem ser tomadas, de forma imediata, a fim de minimizar danos, assim como todas aquelas especificadas na legislação competente acerca da matéria.

26.7. Cada uma das Partes contratuais é responsável pelos atos de seus operadores.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA DA RESPONSABILIDADE E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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

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

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

27.4. Caso as **PARTES** sejam demandadas por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados que estavam sob responsabilidade da **OUTRA PARTE** fica garantido o direito de chamamento ao processo, ou denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil – conforme a classificação adotada no presente e apuração de responsabilidade quanto ao incidente.

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

27.6. As PARTES implementarão e manterão medidas técnicas e organizacionais apropriadas para a proteção da segurança (incluindo proteção contra Processamento não autorizado ou ilegal e contra destruição acidental ou ilegal, perda ou alteração ou dano, divulgação não autorizada ou acesso a Dados Pessoais), da confidencialidade e da integridade dos dados pessoais.

27.7. Mediante solicitação da contraparte o acionado fornecerá evidências da eficácia das medidas técnicas e organizacionais através de (i) certificados atuais de auditor, relatórios ou trechos de relatórios fornecidos por órgãos independentes (por exemplo, auditor, Diretor de Proteção de Dados, departamento de segurança de TI, auditor de privacidade de dados, auditor de qualidade), ou (ii) uma certificação adequada de segurança de TI ou auditoria de proteção de dados.

CLAUSULA VIGÉSIMA OITAVA- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

28.3. 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.

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

28.5. 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.

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

28.7. 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**.

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

- a) substitua o prestador por outro equivalente, precedida de comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvada as hipóteses legais;
- b) substitua a entidade hospitalar por outra equivalente, precedida de comunicação aos beneficiários e à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- c) nos casos de substituição de entidade hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **UNIMED-BH** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, 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.

28.8.1. O disposto no item 28.8."a" não se aplica a 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 as **UNIMED-BH**.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DA CONTRATANTE

Na qualidade de representantes legais do **CONTRATANTE**, declaramos:



E por estarem assim justas e contratadas, refletindo o interesse comum capaz de atender as partes, assinam o presente documento, inclusive suas testemunhas, desde já aceitando e reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos, quando utilizada, como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões da ICP – Brasil, nos termos do artigo 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2/2001, em vigor no Brasil. O documento eletrônico poderá ser emitido em formato de documento portátil (“pdf”) ou qualquer outro meio destinado à preservar sua aparência gráfica digital e terá a mesma força e efeito da execução física, assinada em papel.

Belo Horizonte, 04 de janeiro de 2024.

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

DocuSigned by:
Marilene Rancanti Rodrigues Póvoas
AA292A3970FC47A...

**COOPERATIVA ECONOMIA CREDITO MUTUO SERV. FUNDACAO HOSPITALAR E
EMPREGADOS ESTAB. HOSPITALARES
BH REG METROP E ZONA DA MATA LTDA - SICOOB CECREF**

CNPJ - 19.402.130/0001-89

Testemunhas:

DocuSigned by:
Marcelo Silveira Silva
6360418971D8B51A...

Nome: **Marcelo silveira Silva**
CPF: **CPF:00648908640**

DocuSigned by:
Meyrielle Mouro Lopes
888849C607834D4...

Nome: **Meyrielle Mouro Lopes**
CPF: **039.907.546-10**

