

www.unimed-sudoestemg.coop.br
Av. Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
(35) 3529-2600

Instrumento Particular de Prestação Continuada de Serviços de Plano Privado de Assistência à Saúde Suplementar

a) **QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA CONTRATADA: UNIMED SUDOESTE DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, operadora de planos privados de saúde, com sede no município de Passos/MG, situada na Av. Doutor Breno Soares Maia, 264, Bairro Belo Horizonte, inscrita no CNPJ sob o nº 71.064.539/0001-52, registrada perante ANS sob o nº 32417-5, e-mail vendas@unimedsudoestemg.coop.br, telefone (35) 3529 2626, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, doravante denominada simplesmente como UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

b) **QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito privado, com sede no município de Delfinópolis-MG, CEP 37910-000 situada na Praça: Manoel Leite Lemos nº 115, Bairro: Centro, inscrita no CNPJ sob o 17.894.064/0001-86, Inscrição Estadual: Isenta, Inscrição Municipal sob o nº _____, e-mail: gabinete@delfinopolis.mg.gov.br, telefones: (35) 3525-1522 neste ato representado na forma de seu Estatuto Social doravante denominada simplesmente como CONTRATANTE.

c) CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO DO PLANO DE SAÚDE:

NOME COMERCIAL	Uniflex Participativo
Nº DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	<input checked="" type="checkbox"/> Uniflex Participativo Enfermaria - 469.600/13-0 <input checked="" type="checkbox"/> Uniflex Participativo Apartamento - 469.599/13-2
TIPO DE CONTRATAÇÃO	Coletivo Empresarial
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Ambulatorial mais Hospitalar com Obstetrícia
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA	GRUPO DE MUNICÍPIOS: Alpinópolis; Capetinga; Capitólio; Cassia; Claraval; Delfinópolis; Doresópolis; Fortaleza de Minas; Ibiraci; Itaú de Minas; Passos; Piumhi; Pratápolis; São João Batista do Glória; São José da Barra; São Roque de Minas; Vargem Bonita.
ÁREA DE ATUAÇÃO	Alpinópolis; Capetinga; Capitólio; Cassia; Claraval; Delfinópolis; Doresópolis; Fortaleza de Minas; Ibiraci; Itaú de Minas; Passos; Piumhi; Pratápolis; São João Batista do Glória; São José da Barra; São Roque de Minas; Vargem Bonita.
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Coletivo (enfermaria) - 469.600/13-0 <input checked="" type="checkbox"/> Individual (quarto privativo) - 469.599/13-2
FORMAÇÃO DE PREÇO	Preestabelecido

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o rol vigente de procedimentos médicos instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

1.2 - O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 - Plano Privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

2.2 - Poderão ser inscritos neste plano de saúde:

- a) As pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia;
- b) Os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, constantes do contrato social;
- c) Os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica contratante, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- d) Os trabalhadores temporários;
- e) Os estagiários e menores aprendizes.
- f) Cônjuge, filho(s) consanguíneo e por afinidade.

2.3 - DO TITULAR

2.3.1 - Para efeito deste contrato o beneficiário titular é aquele que mantém o vínculo com a CONTRATANTE.

2.4 - DO DEPENDENTE

2.4.1 - O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do BENEFICIÁRIO TITULAR no plano privado de assistência a saúde.

2.4.2 - Para fins de inclusão e permanência neste contrato, será considerado beneficiário dependente, com grau de parentesco em relação ao TITULAR:

- a) O Cônjuge;
- b) O filho solteiro, até 18 (dezoito) anos incompletos e, se estudante, até 24 (vinte e quatro) anos;
- c) O enteado, o menor, sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que fica equiparado ao filho.
- d) O Convivente, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- e) Os filhos comprovadamente inválido.

2.5 - Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, observada as carências cumpridas pelo pai ou mãe.

2.6 - É assegurada a inclusão para fins deste contrato:

2.6.1 - Do filho recém-nascido, natural ou adotivo, tutelado ou sob a guarda, como dependente, observado o seguinte:

- a) No que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 (trinta) dias após o nascimento mesmo que o parto não tenha sido coberto pela Unimed, deverá ser observado o seguinte:
 - a1) Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal **tenha** cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; **ou**
 - a2) Caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

2.6.2 - Do menor de 12 anos adotado por beneficiário deste plano de saúde, ou sob sua a guarda ou tutela, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.



3

8

2

2.6.3 - Do filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que seja inscrito no plano em até 30 (trinta) dias a contar do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário pai.

2.6.4 - A não observação do prazo máximo de 30 (trinta dias) ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e de Cobertura Parcial Temporária.

2.6.5 - O direito de um dependente permanecer no plano está diretamente vinculado à permanência no plano por parte do beneficiário titular.

2.6.6 - É vedada a alegação de Doença e Lesão Preexistente - DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária - CPT quando o dependente for inscrito nos primeiros 30 (trinta) dias a contar:

- a) Do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe;
- b) Da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário deste plano, e
- c) na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação de plano contratada.

2.6.6.1 - Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer arguição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

2.7 - DA INCLUSÃO

2.7.1 - Quando da assinatura deste contrato, a CONTRATANTE enviará a relação dos beneficiários a serem inscritos, em formulário disponibilizado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, devidamente assinado e carimbado, sendo obrigatório o preenchimento de todos os campos do mesmo, responsabilizando-se pela veracidade das informações e fornecendo cópia dos documentos que comprovem a veracidade das informações e o vínculo de seus beneficiários, a saber:

- a) Cópia do Documento de Identidade;
- b) Cópia do CPF;
- c) Cópia do comprovante de residência;
- d) Cópia da certidão de casamento ou declaração feita em cartório da união estável;
- e) Cópia da certidão de nascimento, para os dependentes menores de idade que não possuam RG;
- f) Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- g) Cópia do cartão PIS/PASEP do titular;
- h) Cópia do comprovante de vínculo com a CONTRATANTE.



www.unimed.sudoestemg.coop.br
Av. Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
T (35) 3529-2600

2.7.2 – Não serão aceitas inscrições de beneficiários sem a cópia

da documentação comprobatória.

2.8 – DA MOVIMENTAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

2.8.1 – Havendo inclusão, exclusão ou suspensão de beneficiário a UNIMED SUDOESTE DE MINAS deverá ser comunicada, por escrito, até o dia 10 (dez) do mês corrente, sendo certo que assim não procedendo, esta movimentação somente será realizada para o mês subsequente.

2.8.2 – É obrigação da CONTRATANTE, comunicar formalmente, respeitado o cronograma de movimentação, qualquer alteração de seus dados cadastrais e dos beneficiários vinculados a este contrato, sob pena das sanções previstas em lei.

2.8.3 - A exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos termos previstos nos art.30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda ser fornecido a Unimed as seguintes informações:

- I - se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II - se o beneficiário aposentado continuará trabalhando na mesma empresa;
- III - se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde; e
- V - se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

2.8.4 - Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser assinado por este Termo de Opção de manutenção no plano de saúde disponibilizado pela Unimed.

III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 – Os serviços cobertos por este plano abrangem todo procedimento ambulatorial, de diagnose e terapia, internação hospitalar e atendimento obstétrico constante no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", vigente à época do evento, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª revisão - CID-10, da Organização Mundial de Saúde - OMS, em todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, representando a somatória das segmentações Ambulatorial, Hospitalar e Obstétrica, previstas no art. 12 da Lei nº. 9656/98.

3.2 – A cobertura do contrato obedecerá às Diretrizes de Utilização (DUT) de procedimentos na saúde suplementar estabelecidas pela ANS, que podem ser consultadas no site www.ans.gov.br.

5

2

3.3 - O atendimento, dentro da segmentação, da área de abrangência geográfica estabelecidos neste contrato e rede de prestadores de serviços contratada pela Unimed, está coberto, independentemente do local de origem do evento.

3.4 - Os serviços compreendem:

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

3.4.1 - Consultas médicas, com médicos cooperados, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.4.2 - Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, solicitados pelo médico assistente;

3.4.3 - Serviços de apoio diagnóstico, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de auxiliar e complementar o diagnóstico odontológico, executados na rede própria ou credenciada da UNIMED SUDOESTE DE MINAS e dentro da abrangência deste contrato;

3.4.4 - Consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e das Diretrizes de Utilização (DUT), desde que solicitadas pelo médico assistente;

3.4.5 - Coberturas para procedimentos de reeducação e reabilitação física em número ilimitado de sessões por ano contratual, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme solicitação do médico assistente;

3.4.6 - Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência;

3.4.7 - Cobertura de 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.

3.4.8 - Cobertura para os procedimentos abaixo indicados, considerados especiais;

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) Quimioterapia oncológica ambulatorial;

- c) Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com as Diretrizes de Utilização anexo ao Rol de Procedimentos e eventos em Saúde;
- d) Radioterapia;
- e) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- f) Hemoterapia;
- g) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais, de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) anexas ao Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

3.5 - Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, observadas as seguintes exigências:

3.5.1 - Cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) Hemodiálise e diálise peritoneal;
- b) Nutrição parenteral e enteral, em ambiente hospitalar;
- c) Quimioterapia oncológica ambulatorial;
- d) Procedimentos radioterápicos;
- e) Hemoterapia
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, em ambiente hospitalar;
- g) Embolizações, em ambiente hospitalar;
- h) Radiologia intervencionista;
- i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física;
- k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplantes cobertos, exceto medicação de manutenção.

3.5.2 - Tratamento da obesidade mórbida em regime ambulatorial, prestado preferencialmente por equipe multiprofissional integrante da rede da UNIMED SUDOESTE DE MINAS, respeitado as Diretrizes de Utilização.

3.5.3 - Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimento médico, tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim considerados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.

3.5.4 - Participação do médico anesthesiologista, quando houver indicação clínica, nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

3.5.5 - Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à



7 

8 

2 

Saúde/10ª Revisão - CID - 10, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão cobertos.

3.5.6 - A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

3.5.7 - Internações hospitalares de todas as modalidades, centro de terapia intensiva ou similar e em clínicas básicas e especializadas da rede própria ou credenciada, em número ilimitado de dias e reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

- a) Nas internações psiquiátricas, inclusive para dependência química ou alcoólica, tentativa de suicídio ou autoagressão ou em regime de hospital dia, terá o custeio integral de 30 (trinta) dias de internação contínuos ou não nos últimos 12 (doze) meses de vigência; o custeio parcial será fixado a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, em que haverá cobrança de coparticipação do beneficiário de 45% (quarenta e cinco por cento) do valor da conta;
- b) A cobertura do tratamento em regime de hospital dia se dará de acordo com as Diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes.

3.5.8 - Despesas relativas a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente durante o período de internação;

3.5.9 - Exames complementares indispensáveis ao 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 e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

3.5.10 - Toda e qualquer taxa incluindo materiais utilizados durante o período de internação assim como remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste contrato;

3.5.11 - Tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, respeitada a segmentação do plano, os prazos de carência, a Cobertura Parcial Temporária - CPT e desde que o procedimento solicitado conste do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

3.5.12 - Quando se tratar de paciente menor de 18 (dezoito) anos, de pacientes com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos e de portadores de deficiências, conforme indicação do médico assistente estão asseguradas as despesas de acomodação e alimentação necessárias à permanência de um acompanhante durante a internação;

3.5.13 – Cirurgias buco-maxilo-faciais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de classe, devidamente credenciado e integrante da rede prestadora de serviços da UNIMED SUDOESTE DE MINAS, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, óteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizadas durante o período de internação hospitalar;

3.5.14 – Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, realizadas por equipe de saúde necessária à complexidade do caso.

- a) Inclui o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministradas durante o período de internação hospitalar;
- b) A necessidade da internação por imperativo clínico é determinada pelo cirurgião-dentista assistente ou médico assistente, que irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;
- c) Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais não estão incluídos na cobertura do plano de saúde.

3.5.15 – A cirurgia plástica reparadora terá cobertura contratual quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

3.5.16 – Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnicas de tratamento de câncer;

3.5.17 – Transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, bem como as despesas com procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, conforme abaixo:

- a) Entendem-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo, quando couber:
 - a1) despesas assistenciais com doadores vivos, do beneficiário receptor;
 - a2) medicamentos utilizados durante a internação;
 - a3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - a4) despesas de captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde).

3.5.18 - Os beneficiários candidatos a transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito ao critério de fila única de espera e de seleção;

3.5.19 - É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos aos estabelecimentos de saúde autorizados em que se encontre o receptor;

3.5.20 - Coberturas dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, incluindo: consultas e aconselhamento para planejamento familiar, atividade educacional para planejamento familiar, atendimento clínico, sulfato de DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA) e implante de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou hormonal, conforme indicação do médico assistente, inclusive com o fornecimento do dispositivo;

3.5.21 - Órteses e próteses, registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico.

3.5.22 - Está garantida, ainda, a cobertura para os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente na época do evento, relacionados com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho.

3.6 - A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério incluindo:

3.6.1 - Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e
- c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 (dez) dias, quando indicado pelo médico assistente;

3.6.2 - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto observada as cláusulas 2.5 deste contrato.

3.6.3 - Opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observada as condições descritas na cláusula 2.6 deste contrato.

3.6.4 - Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 - Estão excluídos da cobertura deste contrato:

- 4.1.1 - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- 4.1.2 - Atendimento nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas quando declaradas pela autoridade competente;
- 4.1.3 - Cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza;
- 4.1.4 - Consultas e quaisquer atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- 4.1.5 - Consultas, tratamentos médicos hospitalares, internações ou qualquer atendimento prestado antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências previstas ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;
- 4.1.6 - Despesas de um acompanhante, exceto para:
 - a) Crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
 - b) Idosos a partir de 60 (sessenta) anos de idade, portadores de deficiência, conforme indicação do médico assistente;
 - c) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- 4.1.7 - Despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato;
- 4.1.8 - Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar e aquelas relacionadas aos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que necessitem de estrutura hospitalar por imperativo clínico, à exceção dos honorários e materiais utilizados;
- 4.1.9 - Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- 4.1.10 - Escleroterapia de varizes;
- 4.1.11 - Exames específicos como: admissionais, periódicos e demissionais, retorno ao trabalho, mudança de função;
- 4.1.12 - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- 4.1.13 - Fornecimento de aparelhos ortopédicos, próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico e as estéticas;
- 4.1.14 - Fornecimento de equipamentos e materiais (inclusive órteses e próteses), sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- 4.1.15 - Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC, bem como fornecimento de medicamentos *off-label*;

- 4.1.16 - Fornecimento de produtos de toalete, higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada a cobertura deste contrato;
- 4.1.17 - Internação domiciliar *Home Care*;
- 4.1.18 - Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.
- 4.1.19 - Necropsias;
- 4.1.20 - Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, quando não for possível utilizar serviços credenciados, que serão posteriormente reembolsados na forma e termos previstos neste contrato;
- 4.1.21 - Procedimentos que não constem do ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS para a segmentação contratada;
- 4.1.22 - Procedimentos realizados fora da rede cooperada, contratada ou credenciada, exceto nos casos de urgência e emergência;
- 4.1.23 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- 4.1.24 - Procedimentos exclusivos do segmento obstétrico enquanto não cumpridas às carências respectivas;
- 4.1.25 - Procedimentos, exames ou tratamentos no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- 4.1.26 - Procedimentos relacionados à medicina ocupacional.
- 4.1.27 - Psicopedagogia, psicomotricidade e psiconeurologia;
- 4.1.28 - Quaisquer vacinas, salvo as ministradas durante a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial de urgência ou emergência;
- 4.1.29 - Qualquer procedimento realizado por profissionais cuja especialidade não seja reconhecida pelo respectivo Conselho de Classe;
- 4.1.30 - Resgate ou remoção domiciliar de qualquer natureza, bem como remoção aérea;
- 4.1.31 - Transplantes, bem como exames para esta finalidade, excetuando-se os transplantes (córnea, rim e autólogos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde);
- 4.1.32 - Transporte para a realização de exames, exceto em caso de beneficiário internado, exclusivamente por solicitação do médico assistente;
- 4.1.33- Tratamento em SPA, clínica de emagrecimento, ou rejuvenescimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínica para o acolhimento de idosos, casas sociais e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- 4.1.34 - Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para rejuvenescimento, para emagrecimento - exceto o relacionado à obesidade mórbida, ou ganho de peso, sem finalidade estética, desde que cumpridas as diretrizes previstas no Rol de Procedimentos vigente, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, mesmo quando a hipertrofia possa repercutir sobre a coluna vertebral, exceto a cirurgia plástica reparadora.
- 4.1.35 - Tratamentos, cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e demais órgão reguladores, cirurgias e tratamentos antiéticos ou ilegais, cirurgias para a mudança de sexo e inseminação artificial.

4.1.36 – Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

4.1.37 - Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos vigente;

4.1.38 - Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

4.1.39 – Todo e qualquer hospital e clínica que embora credenciados por outra Unimed (para atendimento aos seus planos especiais), são considerados de tabela própria, categoria diferenciada e alto custo, integrantes da Rede Especial e Master definidas no Manual de Intercâmbio do Sistema Unimed, a saber:

- a) Bahia: Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Pojuca, Bahia Serviços de Saúde S/A (Hospital Salvador), Centro Centro Especializado em Traumatologia, Clínica Ortopédica e Traumatológica S/A, Clínica Santa Helena SC Ltda. (Hospital Santa Helena Camaçari), Fundação Jose Silveira, Hospital da Clima Clínica Maria Albano Ltda. (CLIMA), Hospital das Clínicas de Alagoinhas Ltda., Hospital Evangélico da Bahia, Hospital Jaar Andrade Ltda., Hospital Maternidade de Santo Amaro, Hospital Octavio Pedreira Ltda., Hospital Sobaby Ltda., Lithocenter Hospital Dia Sociedade Empresaria Ltda.(Clínica de Urologia Modesto Jacobino), Med Center Circa - Clínica Metropolitana Ltda., Otorrino Center sc Ltda. (Day Hospital Louis Pasteur), Probaby Clínica Infantil e Urgências Ltda., Promater Policlínica e Maternidade, Promédica Patrimonial S/A PROPAT (Hospital Jorge Valente), Santa Casa de Misericórdia da Bahia (Hospital Santa Izabel), Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira, Semed Serviços Médico Hospitalares de Camaçari Ltda. (Hospital SEMED), Sermege Serviços Médicos em Geral Ltda. – Epp, Serviços de Emergência Médico Cirúrgicos Ltda. (SEMEC) (Hospital Agenor Paiva), Sociedade Anônima Hospital Aliança (Hospital Aliança), UMI Urgência Médica Infantil Ltda. – Epp; Hba S. A. Assistência Médica e Hospitalar, Hospital Português, Hospital São Raphael e INSBOT.
- b) Rio Grande do Sul: Associação Educadora São Carlos - AESC (Hospital Mãe de Deus) e Associação Hospitalar Moinhos de Vento; Instituto de Cardiologia(Consta na Rede Básica CNU).
- c) São Paulo: Associação Congregação de Santa Catarina (Hospital Santa Catarina), Associação do Sanatório Sírio (Hospital do Coração), Fund. Inst. de Moléstia do Aparelho Digestivo (Hospital Professor Edmundo Vasconcelos), Fundação Antônio Prudente (A.C.Camargo Câncer Center), Hosp. e Mat. São Luiz S.A. Unid. Assunção (São Bernardo do Campo), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital e Maternidade Santa Joana S/A (Bairro Paraíso), Hosp. e Mat. São Luiz S.A. Unid. Brasil (Santo André), Hospital e Maternidade Santa Joana S/A (Bairro Bela Vista), Hospital Infantil Sabará, Hospital Santa Paula Ltda. (Bairro Vila Olímpia), Instituto de Esp. Pediátricas de São Paulo S/A – Hospital da Criança de Jabaquara, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Rede D'or São Luiz S/A - Unidade Anália Franco, Rede D'or São Luiz S/A - Unidade Morumbi, Rede D'or São Luiz S.A. - Unidade Itaim, Soc. Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, Sociedade

- d) Beneficente São Camilo - Pompeia, Sociedade Hospital Samaritano; Beneficência Portuguesa - Paraíso (Consta na Rede Básica CNU), Hospital e Maternidade São Camilo - Santana/Mandaqui, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Nossa Senhora de Lourdes - Jabaquara, Hospital Nove de Julho, Hospital Santa Isabel - Santa Casa de São Paulo - Higienópolis, Hospital Santa Isabel - Saúde Mental - Vila Mariana.
- e) Rio de Janeiro: Associação Beneficente Israelita do Rio de Janeiro (Hospital Israelita Albert Sabin), Associação Congregação de Santa Catarina (Casa de Saúde São Jose), Casa de Saúde Laranjeiras Ltda. (Laranjeiras Clínica Perinatal - Barra da Tijuca), Casa de Saúde Laranjeiras Ltda. (Laranjeiras Clínica Perinatal), Casa de Saúde Saint Roman Ltda., Clínica da Gávea S/A, Clínica Médico Cirúrgica Botafogo S/A (Hospital Samaritano), Clínica Sorocaba S/A, DH - Day Hospital Ltda., ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A. (Hospital Pró-Cardíaco), ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A. (Casa de Saúde Santa Lucia), Hospitais Integrados da Gávea S/A (Clínica São Vicente), Hospital de Clinicas de Niterói Ltda., Hospital de Clinicas Rio Mar Barra Ltda., Hospital e Maternidade São Luiz S.A. (Hospital Quinta D'or), Hospital e Maternidade São Luiz S.A. (Hospital Copa D'or), Hospital Icaraf - Clínica São Gonçalo Ltda., Hospital Norte D 'Or de Cascadura S.A., Instituição Adventista Este Bras. de Prev. e Ass. a Saúde (Hospital Adventista Silvestre), Ipanema - Serviço de Assistência Médico-Cirúrgica Infantil Ltda. (URGIL), Jorge Jaber Clínica de Psicoterapia Ltda. - Epp (Clínica Jorge Jaber), MEDISE Medicina Diagnostico e Serviços S.A (Hospital Barra D'or), Meier Medical Center Ltda. (Hospital Pasteur), Preslaf-Empresa de Serviços Hospitalares Ltda.; Clínica Bambina Ltda., Clínica Pediátrica da Barra (Consta na Rede Basica CNU).
- f) Distrito Federal: Carpevie - Centro de Medicina Integrada Ltda. (Hospital Dr. Juscelino Kubitschek), CBV Centro Brasileiro da Visão Ltda., Centro Clinico AMMA Ltda. - Epp, Centro de Convivência e Atenção Psicossocial Ltda. (Hospital de Saúde Mental Vida), Clínica do Renascer Ltda. - Epp, ESHO Empresa de Serviços Hospitalares S.A. (Hospital Alvorada de Brasília), Fundação Universitária de Cardiologia (Instituto de Cardiologia do Distrito Federal), Home - Hospital Ortopédico e Medicina Especializada Ltda., Hospital Lago Sul S/A (Hospital Daher Lago Sul S/A), Hospital Santa Marta Ltda., Instituto Médico Cirúrgico Asa Sul Ltda. (Day Clinic), ISOB - Instituto de Saúde de Olhos Brasília S/S Ltda. (Visão Institutos Oftalmológicos), Laf-Empresa de Serviços Hospitalares Ltda., Rede D'or São Luiz S.A. (Hospital Santa Luzia), Rede D'or São Luiz S.A. (Hospital do Coração do Brasil), Serviços Hospitalares Yuge Ltda. (Hospital São Francisco); INBOL (consta na Rede Básica), Hospital das Clínicas de Brasília, Clínica Mansão Vida.
- g) Santa Catarina: Hospital e Maternidade Dona Helena - Joinville;
- h) Pernambuco: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospitais Assoc. de Pernambuco Ltda. (H. Santa Joana), Hospital Esperança, Hospital Jayme da Fonte, Hospital Memorial São Jose Ltda., Hospital Unimed Recife I I I, Real Hospital Português.

4.1.39.1 - A lista de Hospitais de Alto Custo e Tabela Própria será atualizada mensalmente no Site da Unimed Sudoeste de Minas bem como disponibilizada na sua Sede.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO - VIGÊNCIA

- 5.1 - Este contrato terá o início de vigência a partir de sua assinatura e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.
- 5.2 - Após o período de vigência mínima, não havendo manifestação em contrário no prazo de 60 (sessenta) dias, este contrato prorroga-se automática e sucessivamente por tempo indeterminado.
- 5.3 - Não haverá cobrança de taxa no ato da renovação deste contrato.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 6.1 - No plano privado de assistência à saúde COLETIVO EMPRESARIAL, com número de participantes igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não é exigido o cumprimento de prazos de carência, e não haverá cláusula de agravamento ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes desde que a CONTRATANTE formalize o pedido de inclusão/inscrição do beneficiário em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- 6.2 - Para os contratos com menos de 30 participantes ou para inclusão/inscrição fora do prazo de 30 (trinta) dias, as coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:
- a) Urgência e Emergência - 24 (vinte e quatro) horas;
 - b) Consulta médica, exame de análises clínicas e raios X sem contraste - 30 (trinta) dias;
 - c) Terapias (consulta/sessão): fisioterapia, nutricionista, fonoaudiologia, psicologia/psicoterapia, acupuntura - 180 (cento e oitenta) dias;
 - d) Internações clínicas, cirúrgicas, psiquiátricas e Hospital-dia - 180 (cento e oitenta) dias;
 - e) Procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente ambulatorial - 180 (cento e oitenta) dias;
 - f) Procedimentos de Alta Complexidade - PAC, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 180 (cento e oitenta) dias;
 - g) Demais procedimentos - 180 (cento e oitenta) dias;
 - h) Parto a termo - 300 (trezentos) dias.
- 6.3 - A carência explicitada nesta cláusula é individual e será contada a partir da data de início de vigência do contrato, para os beneficiários inscritos no seu início, e a partir da data de inscrição, para os que forem inscritos posteriormente.
- 6.4 - Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos após o cumprimento das carências acima mencionadas.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

7.1 - Para efeitos desta cláusula definimos:

- a) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162 e suas posteriores alterações;
- b) Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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;
- c) Agravo - como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

7.2 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS não adota o sistema de agravo.

7.3 - O beneficiário está obrigado, por ocasião de sua inclusão informar ser conhecedor ou não da condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sob pena da sua omissão ser caracterizada como fraude contratual, sujeitando-o à exclusão do contrato, bem como à cobrança, pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, de eventuais prejuízos, nos termos da legislação em vigor.

7.4 - A informação será prestada durante a Entrevista Qualificada, por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, formulário específico fornecido pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, que deve ser preenchida de próprio punho pelo beneficiário ou seu representante, que será parte integrante deste contrato e condição prévia para a inclusão.

7.4.1 - Ao ser declarado pelo beneficiário à existência de doença e lesão preexiste a Unimed oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

7.5 - Para o preenchimento da Declaração de Saúde, o beneficiário tem o direito de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

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

7.7 - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde 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 e da fraude as informações.

7.8 - Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

7.9 - Instaurado o processo administrativo na ANS, à UNIMED SUDOESTE DE MINAS caberá o ônus da prova.

7.10 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do Beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão preexistente.

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

7.12 - Se solicitado pela ANS, o Beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

7.13 - Após julgamento e acolhida à alegação da UNIMED SUDOESTE DE MINAS 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, desde a data da efetiva comunicação da constatação da doença e lesão preexistente, bem como será excluído do contrato.

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

7.15 - É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, com vistas à sua adesão no plano privado de assistência à saúde.

7.16 - Caso a UNIMED SUDOESTE DE MINAS não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária.

7.17 – Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS 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.

7.18 – 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.

7.19 – A constatação da existência de lesão ou doença que possa gerar a necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade resultará no cumprimento da Cobertura Parcial Temporária, pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

7.20 – Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/1998.

7.21 – Contratos com menos de 30 beneficiários

- a) No plano de assistência à saúde sob o regime de contratação COLETIVO EMPRESARIAL, haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de doenças ou lesões preexistentes.

7.22 – Contratos com 30 beneficiários ou mais

- a) No plano privado de assistência à saúde COLETIVO EMPRESARIAL com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários, não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

7.23 – Para inclusão/inscrição fora do prazo de 30 (trinta) dias haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT, em casos de doenças ou lesões preexistentes.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 – Para efeitos desta cláusula definimos:

- a) EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- b) URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

8.2 - A Unimed garantirá os atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato.

8.3 - A cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior, para:

I - os atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, durante o cumprimento dos períodos de carência;

II - os atendimentos de urgência e emergência, quando efetuados no decorrer dos períodos de carência para internação; e

III - os casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.4 - Após cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

8.5 - DA REMOÇÃO

8.5.1 - A remoção do paciente será garantida pela Unimed nas seguintes hipóteses:

I - para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e

II - para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando o limite de 12 (doze) horas de atendimento for atingido ou surgir a necessidade de internação, nas hipóteses citadas na cláusula 8.3.

8.5.1.1 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS garantirá a remoção terrestre entre hospitais, exclusivamente dentro da área de abrangência geográfica do contrato, quando constatada e comunicada pelo médico assistente à impossibilidade de continuidade do tratamento por falta de recursos do estabelecimento hospitalar.

8.6 - DA REMOÇÃO PARA O SUS:

8.6.1 - Caberá a UNIMED SUDOESTE DE MINAS o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando à continuidade do atendimento.

8.6.2 - Na impossibilidade de remoção, por risco de vida, o beneficiário titular ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando, assim, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS desse ônus.

8.6.3 - Para a remoção, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS disponibilizará ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

8.6.4 - Quando o beneficiário ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento do beneficiário em unidade diferente daquela indicada pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, esta fica desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

8.6.5- Somente será coberta a remoção que tenha sido comunicada e aprovada pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

8.7 - DO REEMBOLSO NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.7.1 - Será garantido o reembolso exclusivamente nas situações de Urgência e Emergência, estando o beneficiário impossibilitado de se dirigir a um prestador constante da rede contratada ou credenciada ou que a Urgência ou a Emergência seja de tal gravidade, que não haja tempo hábil para este deslocamento, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS se responsabilizará pelo reembolso das despesas pelos atendimentos que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, exclusivamente enquanto este quadro clínico se mantiver e for comprovadamente impossível remover o paciente para um hospital constante de sua rede contratada ou referenciada.

8.7.2 - O reembolso ocorrerá respeitando-se os limites estabelecidos pela Tabela de Reembolso da UNIMED SUDOESTE DE MINAS que contém os valores pagos à rede cooperada ou credenciada deduzida a coparticipação prevista para cada evento.

8.7.3 - A Tabela de Reembolso é registrada no Cartório 1º Ofício de Títulos e Documentos de Belo Horizonte, sob n.º 1300763.

8.7.4 - A Tabela de Reembolso se encontra à disposição, para fins de consulta por parte dos beneficiários, na sede da UNIMED SUDOESTE DE MINAS, à Rua Doutor Breno Soares Maia, 264 - bairro Belo Horizonte, Passos/MG.

8.7.5 - O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para apresentar a documentação abaixo listada, sob pena de decaimento do seu direito ao reembolso.

8.7.6 - O beneficiário será reembolsado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação adequada, conforme definida a seguir:

- a) Nota fiscal válida como recibo, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, data da realização do evento, contendo o código do CID-10, todos os dados do médico assistente e cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado vinculados ao laudo médico, data da alta, valor cobrado discriminando honorários médicos, exames, diárias e taxas, materiais e medicamentos, valor de desconto, quando houver, assinatura do responsável pelo serviço.
- b) A UNIMED SUDOESTE DE MINAS reserva-se o direito de analisar e auditar todo e qualquer documento, procedendo aos acertos cabíveis, para fins de reembolso das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento durante o estado de urgência e emergência.
- c) Os documentos (recibos, laudos e relatórios médicos) deverão ser entregues à UNIMED SUDOESTE DE MINAS no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data da alta.
- d) Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS solicitará complementação dos documentos, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias.
- e) O valor aprovado para reembolso será pago ao Beneficiário ou seu responsável, sendo indispensável à apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

8.7.7 - Não serão reembolsados procedimentos realizados de forma programada, denominados eletivos, nos casos em que o beneficiário ou seu representante legal optar por ser atendido fora da abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da Unimed Sudoeste de Minas.

X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 - DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

9.1.1 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo de CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade, oficialmente reconhecido na forma da lei, será obrigatória para assegurar a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a UNIMED SUDOESTE DE MINAS, adotar sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento.

9.1.2 - A entrega dos Cartões Individuais de Identificação será feita após o pagamento da primeira fatura pela CONTRATANTE.

9.1.3 - Exceto nos casos de urgência e emergência, nenhum beneficiário será atendido sem a apresentação do cartão individual de identificação juntamente com um documento de identidade válido, com foto.

9.1.4 - O beneficiário sem o cartão de identificação deverá retirar guia de autorização para a realização do procedimento na sede da UNIMED SUDOESTE DE MINAS à Rua Doutor Breno Soares Maia, nº 264 - bairro: Belo Horizonte, Passos/MG, no horário comercial.

9.2 - DA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

9.2.1 - O beneficiário deverá requerer à UNIMED SUDOESTE DE MINAS a emissão da autorização prévia para realização dos procedimentos com os profissionais não médicos, ou seja, consultas/sessão com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo (inclusive psicoterapia), fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

9.2.2 - A solicitação dos referidos serviços necessitarão de guia (pedido) emitida pelo médico assistente, com a sua justificativa.

9.2.3 - Os exames, procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares necessitarão de guia (pedido), emitidas pelo médico assistente e quando for o caso por cirurgião-dentista e autorizadas previamente pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, que apresentará resposta no prazo de 02 (dois) dia útil, a partir do momento da solicitação, exceto nos casos de urgência e emergência em que não haverá exigência de autorização prévia e o beneficiário titular ou seu responsável terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas ou 2 (dois) dias úteis para regularização.

9.2.4 - Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela UNIMED através da rede própria ou contratada, constante do Guia Médico, por intermédio da solicitação do médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente habilitado, não podendo haver restrição aos pedidos dos profissionais não pertencentes à rede própria ou contratada.

9.2.5 - Para a autorização de Órteses, próteses e materiais especiais, serão observados os seguintes critérios e prazos:

- a) Cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME's necessários à execução dos procedimentos.
- b) O profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

- c) As indicações serão repassadas para a auditoria médica que liberará a autorização no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

9.3 - DA PERÍCIA

9.3.1 - É facultado à UNIMED SUDOESTE DE MINAS a exigência e realização de perícia médica no beneficiário, sempre que julgar necessário.

9.3.2 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS garante ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação de autorização ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência/emergência, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação previstas neste instrumento.

9.4 - DA JUNTA MÉDICA

9.4.1 - As divergências de natureza médica relacionadas com os serviços objeto deste contrato serão dirimidas por uma junta médica composta por 03 (três) profissionais: um nomeado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, o profissional solicitante ou outro nomeado pelo CONTRATANTE e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

9.4.2 - Caso não haja acordo quanto ao médico desempatador, este será designado pela associação representativa de médicos, sendo os honorários deste, assumidos pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

9.4.3 - Decidida a instauração da junta médica, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS:

- Deverá comunicar o beneficiário, compor a junta e proferir a decisão em até 05 (cinco) dias úteis da negativa;
- No prazo máximo de 01 (um) dia útil, comunicar ao beneficiário e a ANS sobre a decisão proferida.

9.4.4 - No caso de negativa do médico assistente de participar, compondo a junta, e/ou de emitir a justificativa ou laudo para análise da Auditoria Médica, fica suspenso o processo de autorização, até que seja normalizada a situação, possibilitando a análise da solicitação.

9.4.4.1 - Nos casos previstos na cláusula 9.4.4 a Unimed Sudoeste de Minas comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

9.5 - DA REDE DE PRESTADORES REFERENCIADOS

9.5.1 - A rede de prestadores de serviço da UNIMED SUDOESTE DE MINAS constará em sua página da internet, no endereço www.unimedsudoestemg.coop.br, limitada a abrangência geográfica

contratada e ao tipo de plano, podendo também ser consultada pelo telefone (35) 3529-2600 ou em sua sede administrativa à Rua Doutor Breno Soares Maia, nº 264 – bairro Belo Horizonte – Passos/MG.

9.5.2 – Exclusivamente à UNIMED SUDOESTE DE MINAS fica reservado o direito de realizar e/ou solicitar perícias médicas, exames e inspeções com o objetivo de fiscalizar a qualidade dos serviços prestados por seus Cooperados e/ou Credenciados ou não e apurar eventuais dúvidas ou esclarecimentos.

9.5.3 – Os médicos, hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios ou entidades correlatas de assistência à saúde Cooperados e/ou Credenciados pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS poderão ser substituídos por outros equivalentes, durante a vigência do contrato.

9.5.4 – É facultada a substituição de entidade hospitalar, desde que por outro equivalente e mediante comunicação formal ao CONTRATANTE e à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias em vigor.

9.5.5 – Na hipótese de substituição de entidade hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED SUDOESTE DE MINAS durante período de internação de algum beneficiário, será garantido o pagamento das despesas relacionadas com a internação até a alta hospitalar, estabelecida pelo médico assistente, exceto nos casos de infração às normas sanitárias, quando a UNIMED SUDOESTE DE MINAS providenciará, às suas expensas, a transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência.

9.5.6 – No caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução é necessária autorização prévia da ANS e posterior comunicação aos beneficiários.

X – DA COPARTICIPAÇÃO

10.1 – A UNIMED SUDOESTE DE MINAS cobrará da CONTRATANTE, toda vez que um beneficiário fizer uso dos procedimentos/eventos cobertos, a coparticipação definida abaixo:

- a) Consulta Médica - 50% (cinquenta por cento), do valor do procedimento;
- b) Exames Complementares - 30% (trinta por cento), do valor do procedimento;
- c) Procedimentos realizados por outros Profissionais da área de Saúde (Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Terapia Ocupacional e Fisioterapeutas) - 30% (trinta por cento), do valor do procedimento;
- d) Procedimentos Ambulatoriais - 30% (trinta por cento), do valor do procedimento;
 - d1) As cirurgias oftalmológicas, dermatológicas e demais realizadas em ambulatório, clínica ou mesmo em hospital, mas não caracterizadas como internação hospitalar; os atendimentos



www.unimedsudoestemg.coop.br
Av. Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
(35) 3529-2600

de urgência/emergência realizados em pronto socorro/pronto atendimento; as sessões de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise, realizadas ambulatorialmente, são consideradas como "PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS", estando sujeitos à coparticipação de 30% do valor do procedimento.

- e) Exclusivamente nas internações psiquiátricas, inclusive no regime de Hospital dia, será cobrada a coparticipação de 45% do valor da conta hospitalar, a partir do 31º dia da internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato
- f) Internação Hospitalar - R\$ 100,00 (cem reais) por evento.

10.2 - O pagamento da coparticipação será feito diretamente à UNIMED SUDOESTE DE MINAS, após a prestação do serviço, sendo discriminado e cobrado juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

10.3 - A coparticipação estipulada será cobrada por procedimento realizado e por beneficiário.

10.4 - Será de responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento da coparticipação pela utilização de todos os beneficiários e dependentes inscritos no presente contrato, que será cobrada pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS juntamente com fatura mensal.

10.5 - A coparticipação deverá ser paga independentemente se sua cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento.

XI - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 - Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são preestabelecidos.

11.2 - Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária e coparticipações serão de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, junto à UNIMED SUDOESTE DE MINAS, à exceção quanto aos demitidos e aposentados da pessoa jurídica contratante que permanecerem no plano de saúde.

11.3 - O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIMED SUDOESTE DE MINAS os valores relacionados abaixo, por cada beneficiário, mensalmente, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano, ficando reservado o direito da UNIMED SUDOESTE DE MINAS adotar outra forma de cobrança que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia à CONTRATANTE.

Faixa Etária	Uniflex Participativo Enfermaria - 469.600/13-0	Uniflex Participativo Apartamento - 469.599/13-2
00 a 18 anos	R\$ 74,29	R\$ 86,23
19 a 23 anos	R\$ 74,29	R\$ 86,23
24 a 28 anos	R\$ 74,29	R\$ 86,23
29 a 33 anos	R\$ 104,01	R\$ 120,70
34 a 38 anos	R\$ 130,00	R\$ 150,90
39 a 43 anos	R\$ 155,97	R\$ 181,05
44 a 48 anos	R\$ 218,34	R\$ 253,45
49 a 53 anos	R\$ 240,17	R\$ 278,82
54 a 58 anos	R\$ 336,25	R\$ 390,36
59 anos ou mais	R\$ 420,33	R\$ 487,97

Os valores constantes nesta tabela sofrerão alterações quando da aplicação dos reajustes anuais.

11.4 - No momento da contratação do plano e a cada adesão, será apresentado aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, como empregado ativo e a tabela de preços adotada por faixa etária com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

11.4.1 - A tabela de preços por faixa etária com a devida atualização será disponibilizada pela Unimed para consulta dos beneficiários.

11.5 - As faturas emitidas pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONTRATANTE.

11.6 - O valor total é composto pelo resultado da soma da Contraprestação Pecuniária (mensalidade), da coparticipação, quando houver, e demais valores previstos neste instrumento.

11.7 - As mensalidades e demais valores de responsabilidade da CONTRATANTE terão vencimento todo dia _____ (_____) de cada mês, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, conforme o caso.

11.8 - 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.

11.9 - As faturas pagas com cheque serão consideradas quitadas somente após a sua compensação.



www.unimed-sudoestemg.coop.br
Av. Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
(35) 3529-2600

11.10 - O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato, quando cabível.

11.11 - Se a CONTRATANTE não receber documento que o possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 02 (dois) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente a UNIMED SUDOESTE DE MINAS para que não se sujeite as consequências da mora.

11.12 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

11.13 - Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados, respeitada a variação por faixa etária e os reajustes.

11.14 - À UNIMED SUDOESTE DE MINAS se reserva o direito de incluir o nome da CONTRATANTE nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida e pertinente comunicação formal, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato.

XII - DAS DEMAIS CONTRIBUIÇÕES

12.1 - Para fins da inscrição a UNIMED SUDOESTE DE MINAS cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 15,00 (quinze reais), por beneficiário.

12.2 - Para fins de emissão de segunda via do Cartão Individual de Identificação a UNIMED SUDOESTE DE MINAS cobrará da CONTRATANTE o valor de R\$ 10,00 (dez reais), por unidade.

12.3 - Em conformidade com a legislação vigente a UNIMED SUDOESTE DE MINAS cobrará da CONTRATANTE quaisquer Impostos e Taxas, bem como despesas bancárias.

12.4 - O valor de Coparticipação pela utilização dos serviços será discriminado e cobrado juntamente com o valor CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.

12.5 - Nenhum pagamento será reconhecido como efetivado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS se a CONTRATANTE não possuir Comprovante devidamente autenticado por quem de direito.

XIII - REAJUSTE

13.1 - REAJUSTE PARA CONTRATANTE COM 30 OU MAIS BENEFICIÁRIOS

13.1.1 - REAJUSTE FINANCEIRO ANUAL



Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

ANS - 32417-5

27

13.1.1.1 – Nos termos da Lei, o valor da Contraprestação Pecuniária, coparticipação, contribuições e inscrição serão reajustados, anualmente, a partir da data de assinatura deste contrato, levando-se em conta a inflação verificada no período, medida pelo índice positivo do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), da Fundação Getúlio Vargas, que será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos e aplicado no mês de aniversário do contrato. Caso este índice deixe de ser publicado, será substituído por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, por meio de aditamento contratual.

13.1.1.2 – Caso a legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

13.1.1.3 – Fica estabelecido que os valores relativos às inclusões de novos beneficiário independente da data da inclusão, terão o primeiro reajuste na data base deste contrato.

13.1.2 – REAJUSTE TÉCNICO POR SINISTRALIDADE

13.1.2.1 – APURAÇÃO DA SINISTRALIDADE

- a) Além do reajuste financeiro anual previsto, com objetivo de garantir a solvência do plano, na data de aniversário do contrato, haverá verificação se a sinistralidade se ultrapassou a meta de 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apurada conforme a seguinte fórmula:

$$S = [(DA - C)/R] \times 100$$

onde:

S = Sinistralidade (%);

DA = Despesas Assistenciais (R\$);

C = Recuperação de coparticipação (R\$);

R = Receita de Contraprestação Pecuniária (R\$).

- b) Tendo em vista a utilização através do SUS e conseqüentemente o custo destes procedimentos a serem ressarcidas, que são eventos assistenciais, as partes ajustam que, quando houver a utilização por parte dos beneficiários vinculados à CONTRATANTE e a ANS enviar a cobrança deste ressarcimento à UNIMED SUDOESTE DE MINAS, esgotados todos os recursos administrativos de defesa, estes valores integrarão o cálculo de sinistralidade para fins de reajuste.

13.1.2.2 – APURAÇÃO DO ÍNDICE DE REAJUSTE TÉCNICO

- a) Além do índice financeiro IGP-M, acima estipulado, o Reajuste Técnico será aplicado quando a sinistralidade do presente contrato for superior à meta de 70% e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = [(S / S_m) - 1] \times 100$$

Onde: R - Índice de reajuste apurado (%);
S - Sinistralidade apurada no período (%);
S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato (%).

- b) A aplicação de Reajuste Técnico por sinistralidade será realizada de forma complementar ao reajuste financeiro anual (IGP-M).

13.1.2.3 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão reajuste na data de aniversário deste contrato, entendendo-se esta como data base única.

13.1.2.4 - Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos prazos e condições por ela estabelecidos.

13.1.2.5 - Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, as carências e o número de beneficiários vinculados no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos de saúde.

13.1.2.6 - Não havendo desequilíbrio atuarial do contrato para aplicação de reajuste por sinistralidade, este contrato será reajustado, anualmente no seu mês de aniversário, de acordo com a variação **positiva** do índice IGP-M, que será apurado no período de 12 meses consecutivos.

13.1.2.7 - Fica ainda estabelecido, em função da publicação da RN 195, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que:

- O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
- O valor das mensalidades e a tabela de preços serão reajustados anualmente, de acordo com a apuração do índice de reajuste;
- Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato;
- No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a UNIMED SUDOESTE DE MINAS adotará este novo período de reajuste.



 29



13.2.4 - APURAÇÃO DO ÍNDICE COMPLEMENTAR

- a) Além do índice financeiro IGP-M, acima estipulado, o Reajuste Técnico será aplicado ao agrupamento/Pool de Risco, quando a sinistralidade do grupo for superior à meta de 70%, e será apurado conforme a seguinte fórmula:

$$R = [(S / S_m) - 1] \times 100$$

Onde: R - Índice de reajuste apurado (%);
S - Sinistralidade apurada no período (%);
S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato (%).

- b) A aplicação de Reajuste Técnico por sinistralidade será realizada de forma complementar ao reajuste financeiro anual.

13.2.4.1 - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão reajuste na data de aniversário deste contrato, entendendo-se esta como data base única.

13.2.4.2 - Qualquer reajuste no contrato será comunicado à ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, nos prazos e condições por ela estabelecidos.

13.2.4.3 - Reconhecem as partes que os valores pactuados neste instrumento foram determinados levando-se em conta os serviços assegurados, os excluídos ou não assegurados, as carências, os limites, os benefícios e o número de beneficiários vinculados no ato da contratação e a carga tributária que recai sobre as operadoras de planos de saúde. Assim, qualquer alteração destes itens poderá ensejar a repactuação dos valores devidos, com a devida anuência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

13.2.4.4 - Não havendo desequilíbrio atuarial do contrato para aplicação de reajuste por sinistralidade, este contrato será reajustado, anualmente no seu mês de aniversário, de acordo com a variação **positiva** do índice IGP-M, que será apurado no período de 12 meses consecutivos.

13.2.4.5 - Fica ainda estabelecido, em função da publicação da RN 195, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que:

- a) O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;
- b) O valor das mensalidades e a tabela de preços serão reajustados anualmente, de acordo com a apuração do índice de reajuste;

- c) Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato;
- d) No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a UNIMED SUDOESTE DE MINAS adotará este novo período de reajuste.

XIV - VARIAÇÕES PERCENTUAIS ENTRE FAIXAS ETÁRIAS

IDADE	Uniflex Participativo Enf. 469.600/13-0 Percentual	Uniflex Participativo Apt. 469.599/13-2 Percentual
0 a 18 anos	-	-
19 a 23 anos	0,00%	0,00%
24 a 28 anos	0,00%	0,00%
29 a 33 anos	40,00%	39,98%
34 a 38 anos	24,99%	25,01%
39 a 43 anos	19,99%	19,99%
44 a 48 anos	39,98%	39,99%
49 a 53 anos	10,00%	10,01%
54 a 58 anos	40,00%	40,01%
59 anos ou mais	25,00%	25,00%

14.1 - Ocorrendo alteração na idade de qualquer beneficiário inscrito que resulte em seu deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será reajustada automaticamente, no mês subsequente ao de seu aniversário, conforme os percentuais definidos abaixo:

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

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

14.4 - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com o reajuste anual.



Av. Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
(35) 3529-2600

XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

15.1 - DO VÍNCULO

15.1.1 - O vínculo do beneficiário com a CONTRATANTE deverá ser em caráter empregatício, para garantir o direito de manutenção da condição de beneficiário no plano.

15.2 - DA CONTRIBUIÇÃO PARA DEDITIDOS E APOSENTADOS

15.2.1 - Considera-se:

- 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 oferecida 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;
- Mesmas condições de cobertura assistencial: 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;
- 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.

15.3 - DO CONTRATO PARA DEDITIDOS E APOSENTADOS

15.3.1 - DO DEDITIDO SEM JUSTA CAUSA OU EXONERADO

15.3.1.2 - A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do plano.

15.3.1.3 - O demitido ou exonerado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da comunicação do empregador.

15.3.1.4 - O período de manutenção da condição de beneficiário será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição e permanência no plano atual ou sucessor, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro meses).

15.3.2 - DO APOSENTADO

15.3.2.1 - A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do plano.

15.3.2.2 - O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados do recebimento da comunicação do empregador.

15.3.2.3 - Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

15.4 - CONDIÇÕES DE MANUTENÇÃO

15.4.1 - Em caso de morte do titular, demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto neste contrato.

15.4.2 - A condição de beneficiário assegurada deixará de existir, quando da admissão do beneficiário titular, demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, em novo emprego.

15.4.3 - Será exigido do beneficiário a cada 03 (três) meses a comprovação de sua condição para permanência no plano de inativos.

15.4.4 - O titular que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

15.4.5 - Nos planos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição à coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

15.5 - CONDIÇÕES GERAIS

15.5.1 - O direito assegurado ao beneficiário, demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

15.5.2 - No caso de perda do direito de manutenção ou cancelamento do contrato pela CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o desligamento ou cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da UNIMED SUDOESTE DE MINAS, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:



- a) A UNIMED SUDOESTE DE MINAS disponha de um Plano individual ou Familiar;
- b) O Beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes;
- c) O valor da contraprestação pecuniária corresponda ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar.

15.5.3 - Incluem-se no universo de usuários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

- a) O ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado, bem como seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário, poderão exercer a portabilidade especial de carências para plano Individual ou Familiar ou Coletivo por Adesão, para qualquer operadora, nos termos da legislação vigente.

15.6 - DAS OBRIGAÇÕES DA EMPRESA CONTRATANTE

15.6.1 - Para manutenção do ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência a saúde, os empregadores poderão escolher, no ato da assinatura do contrato:

- a) Manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência a saúde em que se encontrava quando da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ou;
- b) Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados, separado do plano dos empregados ativos.

15.6.2 - É obrigação da CONTRATANTE, comunicar no ato da rescisão contratual, o ex-empregado demitido sem justa causa, exonerado ou aposentado de seu direito de opção pela manutenção da condição de beneficiário, cuja resposta deverá se dar no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

15.6.3 - A contagem do prazo acima citado somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado, no ato da rescisão contratual, sobre seu direito de opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

15.6.4 - Somente mediante comprovação da empresa de que o beneficiário foi comunicado seu direito de opção de manter-se no plano de saúde é que a UNIMED SUDOESTE DE MINAS poderá proceder com a exclusão do beneficiário.

15.6.5 - O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato, caso deixe de efetuar o pagamento das mensalidades de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do

plano sem prejuízo do direito da UNIMED requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1 – A perda da qualidade de beneficiário ocorrerá nas seguintes situações:

- a) Solicitação formal da CONTRATANTE;
- b) Perda do vínculo, ressalvadas as condições previstas no art. 30 e 31 da Lei 9656/98
- c) Fraude devidamente comprovada;
- d) Rescisão do presente contrato.

16.2 – A exclusão do beneficiário titular, independente da causa, implica automaticamente na exclusão de todos os seus dependentes.

16.3 - O beneficiário dependente que por qualquer motivo deixar de atender as condições exigidas para sua inscrição e permanência, será automaticamente excluído do contrato.

16.4 - Os beneficiários titulares que perderem o vínculo com a CONTRATANTE e os beneficiários que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 dias a contar da data de perda do direito de permanência, observadas as condições e tabelas vigentes, descontadas as carências já cumpridas neste plano, ficando resguardado o direito de manutenção dos demitidos e aposentados na forma prevista por este contrato.

16.5 - Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

16.6 - A Unimed somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.
- c) inadimplência nos casos de beneficiário aposentados e demitidos, mantidos no plano de saúde.

XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

17.1 – SUSPENSÃO DO CONTRATO

17.1.1 – O atraso no pagamento dos valores devidos por período superior a 30 (trinta) dias implicará, sempre, na suspensão total do atendimento até a efetiva liquidação do débito, sem prejuízo do direito



da UNIMED SUDOESTE DE MINAS denunciar o contrato e requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

17.2 - RESCISÃO DO CONTRATO

18.2.1 - Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo no caso de:

- a) Ocorrência de qualquer ato fraudulento praticado pelos prepostos da CONTRATANTE, ou por qualquer beneficiário, na utilização do objeto deste contrato;
- b) Omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIMED SUDOESTE DE MINAS ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários;
- c) Atraso no pagamento dos valores devidos por período superior a 60 (sessenta) dias.
- d) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato
- e) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

17.2.2 - Caso a CONTRATANTE rescinda este contrato ou este seja rescindido por inadimplência, antes do período de vigência mínima de 12 (doze) meses, ficará sujeita ao pagamento do valor das contribuições que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de indenização mínima por perdas e danos, ressalvado o direito da UNIMED SUDOESTE DE MINAS exigir complemento do valor, caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

17.2.3 - A suspensão ou rescisão do contrato produz efeito em relação a todo beneficiário nele inscrito.

17.3 - DENÚNCIA DO CONTRATO

17.3.1 - Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência de 12 (doze) meses e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

17.3.2 - A falta de comunicação, nos termos do item anterior, implica na continuidade das obrigações ora pactuadas.

17.3.3 - Durante o prazo de 60 (sessenta) dias não serão aceitas inclusões ou exclusões de beneficiários.

17.3.4 - É obrigação da CONTRATANTE, em caso de denúncia, rescisão, resolução ou rescisão deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação dos beneficiários, sob pena do pagamento das despesas oriundas da utilização indevida dos mesmos.

17.3.5 - No caso de denúncia do contrato por parte da CONTRATANTE, os beneficiários poderão assinar novo contrato Individual/Familiar, em até 30 dias a contar do cancelamento, observadas as condições e tabelas vigentes, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.

17.3.6 - Cabe à CONTRATANTE informar os beneficiários inscritos sobre o cancelamento do plano, em tempo hábil, para o cumprimento do prazo de opção de que trata o item anterior.

17.3.7 - A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa em favor da UNIMED SUDOESTE DE MINAS quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado aos beneficiários vinculados, cessadas as responsabilidades da UNIMED SUDOESTE DE MINAS, independentemente da data de início do tratamento, bem como, aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em processo judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

17.3.8 - A não concordância por parte da CONTRATANTE com o índice de reajuste anual, do contrato poderá implicar a rescisão deste contrato.

XVIII- DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 - Inexistindo vaga na acomodação contratada pelo beneficiário, no estabelecimento próprio ou credenciado pelo plano, é garantido ao beneficiário o acesso à acomodação superior, sem ônus adicional, permanecendo esta situação até a disponibilidade da acomodação do plano contratado.

18.2 - Havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro prestador de serviço, integrante da rede prestadora do produto contratado, poderá a operadora remover o beneficiário, arcando com o ônus desta, considerando suas condições clínicas e desde que autorizado pelo médico assistente.

18.3 - As internações em acomodações superiores às contratadas, se disponíveis, por opção do beneficiário, implicam pagamento, pelo mesmo ou por seu responsável, diretamente ao hospital ou prestador de serviços, das despesas complementares dos serviços médicos e hospitalares, as quais devem ser acordadas previamente, por iniciativa do beneficiário ou por seu responsável, sempre em obediência às peculiaridades locais.

18.4 - É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Contrato, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades, a UNIMED SUDOESTE DE MINAS.

18.5 - Qualquer tolerância ou concessão não implica em perdão, novação, renúncia ou alteração do ora pactuado.

18.6 - A CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED SUDOESTE DE MINAS, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o qual a UNIMED SUDOESTE DE MINAS manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

18.7 - Na falta de recursos técnicos na abrangência geográfica contratada, caberá exclusivamente à UNIMED SUDOESTE DE MINAS indicar prestador pertencente a sua rede básica credenciada, que possua recursos técnicos para a realização do procedimento indicado ao beneficiário, desde que previsto na segmentação coberta pelo contrato.

18.7.1 - O referenciamento citado no item 19.7, excepcionalmente para os procedimentos de alta complexidade, cirurgias cardíacas, cateterismo, transplantes, implantes e demais coberturas de alta complexidade contempladas por este contrato, serão encaminhados para a rede credenciada na cidade de Ribeirão Preto/SP.

18.8 - Os beneficiários, por intermédio da CONTRATANTE, autorizam a UNIMED SUDOESTE DE MINAS a prestar todas as informações, inclusive quanto aos atendimentos, solicitadas pelos órgãos de normatização e fiscalização da assistência à saúde.

18.9 - A CONTRATANTE se obriga a fornecer cópia e assinar qualquer documento a ser solicitado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS para fins de atendimento às normas de Impugnação do Ressarcimento ao SUS, sob pena de pagamento da conta cuja defesa tenha sido indeferida por falta dos documentos.

18.10 - A UNIMED SUDOESTE DE MINAS não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelo beneficiário com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não.

18.11 - As partes deverão observar e respeitar a legislação vigente, relativa ao sigilo médico, especialmente o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução 1931/09, do Conselho Federal de Medicina.

18.12 - Ocorrendo a perda ou extravio do Cartão de Identificação, o beneficiário titular deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIMED SUDOESTE DE MINAS, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

18.13 - A responsabilidade da UNIMED SUDOESTE DE MINAS está restrita exclusivamente as coberturas previstas em Lei e aos compromissos explícitos nas diversas cláusulas e condições que regem este Contrato.

18.14 - É obrigação da CONTRATANTE, comunicar formalmente qualquer alteração de seus dados cadastrais, inclusive mudança de endereço, sob pena das sanções previstas em lei, sendo que, assim não procedendo estará isentando a UNIMED SUDOESTE DE MINAS de qualquer responsabilidade ou consequência.

18.15 - As despesas assistenciais serão pagas diretamente pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS aos seus cooperados, contratados e credenciados.

18.16 - Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

18.17 - É obrigação da CONTRATANTE o atendimento ao disposto no art. 22, inciso IV, da Lei 9876/99, que trata do recolhimento de 15% de INSS incidente sobre o serviço médico cooperado.

18.18 - Caso o consumidor não consiga marcar a consulta ou procedimento, deverá entrar em contato com a UNIMED SUDOESTE DE MINAS para viabilizar a marcação de procedimento, mediante a obtenção de protocolo, a partir do qual passará a contar o prazo para cumprimento da regra de atendimento.

18.19 - Integram este Contrato para todos os fins de direito:

- a) A Carta de Orientação ao Beneficiário, a Entrevista Qualificada, a Declaração de Saúde e seus anexos, se for o caso;
- b) O Formulário de Inclusão, de Exclusão e de Alteração de Dados dos Beneficiários;
- c) O Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC);

19.19.1 - Quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano fazem parte integrante deste contrato.

18.20 - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar: É a autarquia encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização dos planos de saúde.

18.21 - Para informações, esclarecimento de dúvidas ou reclamações, as vias de contato são: Diretamente na ANS à Av. Augusto Severo, 84 - Glória, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20021-040, pelo telefone 0800-7019656 ou através do site www.ans.gov.br.

18.22 - Por intermédio da CONTRATANTE, os beneficiários autorizam previamente a colocação do CID-10 nas guias TISS por nossa rede cooperada, contratada ou credenciada.

18.23 - A exceção se dará exclusivamente para as situações previstas na RN 259, de 17/06/2011, que versa sobre a Garantia e Prazos de Atendimento.

XIX - RESPONSABILIDADE SOCIAL

19.1 – A UNIMED SUDOESTE DE MINAS, como signatária de projetos de responsabilidade social, bem como certificada pelo selo nacional de Responsabilidade Social outorgado pela Unimed do Brasil, pugna pelas orientações que seguem, considerando inclusive condição restritiva para contratar com as empresas alheias a essas recomendações:

19.2 – Respeitar a legislação atual que proíbe o trabalho de crianças e adolescentes com menos de 16 anos, exceto na condição de aprendizes a partir de 14 anos;

19.3 – Desenvolver esforços para a redução, reutilização e reciclagem de materiais e recursos, tais como energia, água, produtos tóxicos e matérias primas, buscando ainda a implantação de processo de destinação adequada de resíduos;

19.4 – Oferecer condições que não sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social de seus colaboradores.

XX - DEFINIÇÕES

20.1 – Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

- I. **ACIDENTE DO TRABALHO:** é qualquer acontecimento casual, fortuito e imprevisto que ocorra com o beneficiário em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto, nos termos da legislação trabalhista.
- II. **ACIDENTE PESSOAL:** é o evento exclusivo com data caracterizada, diretamente externo, súbito, imprevisível, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- III. **ACOMODAÇÃO HOSPITALAR COLETIVA (ENFERMARIA):** Quarto com mais de 01 (um) leito, em banheiro privativo e sem direito à acompanhante, exceto nos casos previstos em lei.
- IV. **ACOMODAÇÃO HOSPITALAR INDIVIDUAL (QUARTO PRIVATIVO):** Quarto individual com 01 (um) leito e banheiro privativo.
- V. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS:** autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, encarregada da regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde.
- VI. **AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** é o acréscimo ao valor da contraprestação pecuniária do plano, oferecido ao beneficiário como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária – CPT, para doença ou lesão preexistente. A UNIMED SUDOESTE DE MINAS não adota o sistema de agravo.
- VII. **ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:** É a área onde a operadora comercializa seus planos, compreendendo os seguintes municípios de Minas Gerais: Alpinópolis; Capetinga; Capitólio; Cassia; Claraval; Delfinópolis; Doresópolis; Fortaleza de Minas; Ibiraci; Itá de Minas; Passos;

Piumhi; Pratápolis; São João Batista do Glória; São José da Barra; São Roque de Minas; Vargem Bonita.

- VIII. **ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas, em conformidade com o Anexo II, da RN 100, de 03 de junho de 2005.
- IX. **ATENDIMENTO (OU PROCEDIMENTO) AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, consultório ou clínica incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura própria do segmento hospitalar para o atendimento.
- X. **ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.
- XI. **ATIVIDADE COOPERATIVADA:** é o trabalho e a prestação de serviços médicos de atendimento à saúde praticado por médicos cooperados, reunidos em uma sociedade cooperativa, nos termos da Lei 5764/71.
- XII. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física, inscrita e admitida pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, que usufruirá dos serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou dependente.
- XIII. **CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo estatístico com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, peculiaridade do beneficiário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção do equilíbrio financeiro do plano e o cálculo das contraprestações.
- XIV. **CARÊNCIA:** é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários individualmente não têm direito às coberturas contratadas.
- XV. **CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO:** é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde devendo ser entregue no momento da assinatura do contrato.
- XVI. **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO:** é o documento que comprova a identificação e inscrição do beneficiário na operadora.
- XVII. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - 10ª revisão.
- XVIII. **COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento, podendo ser em percentuais ou valores monetários.
- XIX. **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA - CPT:** é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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.
- XX. **COBERTURA:** é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.
- XXI. **COMPANHEIRO(A) DE BENEFICIÁRIO(A) TITULAR:** pessoa que conviva no regime de união estável em relação ao titular do plano, sendo esta relação homo ou heterossexual.
- XXII. **CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU):** é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; aprovar o contrato de



- XXIII. gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.
- XXIV. **CONSULTA MÉDICA:** é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do beneficiário.
- XXV. **CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA (MENSALIDADE):** é o valor pecuniário a ser pago mensal e antecipadamente à UNIMED SUDOESTE DE MINAS em face das coberturas previstas no contrato.
- XXVI. **CONTRATADA – UNIMED SUDOESTE DE MINAS:** é a operadora de planos privados de assistência à saúde, descrita e qualificada neste instrumento, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de rede própria ou por ela contratada.
- XXVII. **CONTRATANTE:** é a pessoa jurídica descrita e qualificada neste instrumento que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para o quadro societário, demais vinculados e seus respectivos dependentes.
- XXVIII. **CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica (CONTRATANTE) por relação empregatícia ou estatutária.
- XXIX. **CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO:** é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.
- XXX. **CONTRATO DE INATIVOS:** plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, para atendimento ao disposto na RN 279/11, contratado em separado do instrumento principal – para os funcionários ativos – e com a vigência atrelada a este.
- XXXI. **CONTRATO INDIVIDUAL:** é aquele oferecido para livre adesão de pessoas físicas sem seu grupo familiar.
- XXXII. **CONTRATO FAMILIAR:** é aquele em que é facultado ao beneficiário titular, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.
- XXXIII. **CONTRIBUIÇÃO:** Refere-se ao pagamento decorrente da somatória do conjunto de obrigações assumidas pelo CONTRATANTE, incluindo a coparticipação, a Taxa de Inscrição e outros valores devidos previstos neste contrato, que serão cobrados juntamente com a CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA.
- XXXIV. **CRENCIADO:** pessoa física ou jurídica credenciada pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, para a prestação de serviços de assistência médica, SADT (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia) e hospitalar, constantes da relação de prestadores de serviços.
- XXXV. **CTI - conjunto de UTI** agrupadas num mesmo local.
- XXXVI. **DADOS CADASTRAIS:** é o conjunto de informações que possibilitam a correta identificação do beneficiário no sistema da operadora, sendo de fornecimento obrigatório, cuja comprovação de sua veracidade se dá através do fornecimento de cópia. Os documentos exigidos são: Documento de Identidade válido, CPF, comprovante de residência, certidão de casamento ou de união estável, certidão de nascimento, acréscidas do nº do telefone, Cartão Nacional de Saúde.



2016

2

2

- XXXVII. **DECLARAÇÃO DE SAÚDE:** formulário a ser preenchido pelo beneficiário ou seu representante legal, no caso de menor ou incapaz, no qual deverá relacionar todas as doenças e lesões de conhecimento prévio.
- XXXVIII. **DEPENDENTE:** pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato.
- XXXIX. **DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo ao tratamento médico.
- XL. **DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde de característica grave e de curta duração, na grande maioria dos casos reversível a tratamento.
- XLI. **DOENÇA CONGÊNITA:** deficiência de nascimento, hereditária ou adquirida durante a vida intrauterina, com manifestação a qualquer tempo.
- XLII. **DOENÇA CRÔNICA:** são aquelas que atingiram estado mórbido irreversível.
- XLIII. **DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
- XLIV. **DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho.
- XLV. **EMERGÊNCIA:** é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o beneficiário, caracterizado em declaração do médico assistente.
- XLVI. **ENTREVISTA QUALIFICADA:** é o preenchimento do formulário Declaração de Saúde na presença do médico orientador e tem como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças e lesões de conhecimento prévio do beneficiário.
- XLVII. **EVENTO:** é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, cobertos por este contrato.
- XLVIII. **EXAME:** é o procedimento complementar que possibilita uma investigação diagnóstica para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
- XLIX. **FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/INSCRIÇÃO:** é um formulário padrão, fornecido pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, que deve ser integralmente preenchido, carimbado (CNPJ) e assinado pela CONTRATANTE, para fins da inclusão/inscrição dos beneficiários vinculados no plano.
- L. **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC:** instrumento destinado a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.
- LI. **HOSPITAL:** estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.
- LII. **HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA E HOSPITAL DE ALTO CUSTO:** É aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando à Tabela de Referência de terceiros, portanto excluídos da cobertura deste contrato.
- LIII. **HOSPITAL-DIA:** estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação,



- podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.
- LIV. **HOSPITAL DIA (transtornos mentais):** para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.
- LV. **INSCRIÇÃO:** É o ato de incluir beneficiário no plano, mediante o preenchimento do termo de adesão específico, sendo este condicionado ao aceite da UNIMED SUDOESTE DE MINAS.
- LVI. **INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL:** técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óvulos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- LVII. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.
- LVIII. **LEITO HOSPITALAR:** cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva).
- LIX. **LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA:** são considerados como leitos de alta tecnologia as unidades de terapia intensiva (adulto e infantil), de terapia semi-intensiva, de recuperação anestésica, intermediárias coronarianas, de tratamentos de pacientes queimados e de isolamento, conforme definição da Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.
- LX. **MANUAL/TABELA DE INTERCÂMBIO DO SISTEMA UNIMED:** manual que estabelece as normas, regras e diretrizes que norteiam o Intercâmbio Nacional entre as Unimeds associadas à Unimed do Brasil e à Central Nacional Unimed para a integração do atendimento entre as cooperativas/operadoras integrantes do mesmo, documentando, de forma acessível, as normas e regras definidas, em consonância com a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, observando também as peculiaridades dos contratos anteriores a essa legislação.
- LXI. **MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS:** medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- LXII. **MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.
- LXIII. **MÉDICO COOPERADO:** é o médico cotista de cooperativa de trabalho médico do SISTEMA NACIONAL UNIMED.
- LXIV. **MÉDICO ORIENTADOR DA ENTREVISTA QUALIFICADA:** É o profissional médico com a função de orientar o proponente no ato da Entrevista Qualificada nas questões que envolvam Doença ou Lesão Preexistente.

- LXV. **MENSALIDADE:** é o valor pecuniário a ser pago mensalmente à UNIMED SUDOESTE DE MINAS, em face das coberturas previstas no contrato.
- LXVI. **OPCIONAL:** é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.
- LXVII. **OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:** pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opera produto, serviço ou contrato de assistência de saúde na conformidade da lei 9656/98.
- LXVIII. **ÓRTESE:** qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido não ligado ao ato cirúrgico ou aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- LXIX. **PARTO A TERMO:** É o que ocorre entre a 37ª e a 42ª semana de gestação.
- LXX. **PARTO NORMAL OU NATURAL:** aquele que tem início espontâneo. É de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice entre 37 e 42 semanas de gestação e, após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.
- LXXI. **PATOLOGIA:** Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
- LXXII. **PLANEJAMENTO FAMILIAR:** conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
- LXXIII. **PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:** qualquer plano de assistência à saúde comercializado por uma operadora que ofereça atendimento médico-hospitalar ou qualquer outro de acordo com a segmentação definida pela legislação.
- LXXIV. **PLANO REFERÊNCIA:** Plano de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico ambulatorial e hospitalar, compreendendo parto e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 10 da Lei 9656/98 e na Resolução CONSU nº 13/98.
- LXXV. **PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS:** entende-se por deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano.
- LXXVI. **PÓS-PAGAMENTO:** sistema onde a contraprestação é paga após a utilização dos procedimentos.
- LXXVII. **PÓS-PARTO IMEDIATO:** primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, podendo ser estendida a permanência do acompanhante por até 10 (dez) dias desde que indicada pelo médico assistente.
- LXXVIII. **PRÉ-PAGAMENTO:** sistema de formação de preço em que a mensalidade é paga antecipadamente de acordo com a data de vencimento acordada, para que o beneficiário tenha direito à utilização das coberturas deste contrato nos 30 (trinta) dias seguintes.
- LXXIX. **PRIMEIROS SOCORROS:** É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência para manutenção da vida do paciente.
- LXXX. **PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE:** é aquele classificado como tal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e que poderá constar



 47

 

de cláusula ou aditamento contratual e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses.

- LXXXI. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não caracterizados de urgência ou emergência e que podem ser programados.
- LXXXII. **PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS:** todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- LXXXIII. **PROCEDIMENTOS DE HEMODINÂMICA AMBULATORIAIS:** aqueles que prescindem 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 no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;
- LXXXIV. **PROCEDIMENTOS DE NATUREZA ODONTOLÓGICA:** são todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.
- LXXXV. **PROPONENTE:** é toda pessoa que assina para si ou para outrem (menor ou incapaz) uma Proposta de Adesão, mas que ainda não foi admitido pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS como beneficiário.
- LXXXVI. **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento a ser preenchido e assinado pelo proponente e validado pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o beneficiário manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde com pleno conhecimento de suas responsabilidades, obrigações e direitos estabelecidos no contrato do produto que está adquirindo.
- LXXXVII. **PRÓTESE:** qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
- LXXXVIII. **QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL:** aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- LXXXIX. **REAJUSTE CONTRATUAL:** atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA estabelecido em contrato para fazer frente à desvalorização da moeda.
- XC. **REAJUSTE FINANCEIRO:** atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função da variação dos custos médicos e hospitalares.
- XCI. **REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA:** atualização do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função de mudança de faixa etária do beneficiário.
- XCII. **REAJUSTE TÉCNICO:** reavaliação do valor da CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA em função de alterações no nível de sinistralidade do Plano de Assistência à Saúde.

- XCIII. **REDE REFERENCIADA:** aquela em que o beneficiário tem direito à assistência à saúde por meio da rede de serviços predefinida e pactuada com livre escolha de prestador de serviço dentro da relação de cooperados, contratados, credenciados ou referenciados.
- XCIV. **RELAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS (GUIA MÉDICO):** é a lista dos prestadores de serviços à disposição dos beneficiários contendo os respectivos endereços dos médicos cooperados, serviços próprios, clínicas e hospitais credenciados e contratados.
- XC.V. **ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE:** é a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que referencia os procedimentos obrigatórios, individualizados para os planos especificados, de acordo com a segmentação.
- XCVI. **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:** significa cada um dos tipos de planos: ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, odontológico e referência e suas combinações.
- XC.VII. **SERVIÇOS CONTRATADOS OU CREDENCIADOS:** são aqueles colocados à disposição do beneficiário pela UNIMED SUDOESTE DE MINAS, para atendimento médico-hospitalar, de diagnóstico e terapêutico.
- XC.VIII. **SINISTRALIDADE:** Índice de Utilização de um contrato/plano. Relação entre os gastos com as despesas assistenciais puras e o valor arrecadado com as mensalidades para verificação do equilíbrio e solvência contratual. A sinistralidade preconizada pelos Atuários para que um contrato seja considerado equilibrado é de 70%.
- XCIX. **SÍNTESE:** são dispositivos (placas e parafusos, hastes, fios de sutura, ganchos, fitas, dispositivos carregadores de enxertos etc.) implantados através de procedimento cirúrgico. São os materiais utilizados para aproximar estruturas orgânicas.
- C. **SISTEMA NACIONAL UNIMED:** é o conjunto de cooperativas de trabalho médico independentes entre si e com personalidade jurídica própria.
- CI. **TABELA DE REEMBOLSO E COPARTICIPAÇÃO:** Lista com os valores máximos que a UNIMED SUDOESTE DE MINAS se compromete a reembolsar os beneficiários pelos serviços prestados por profissionais e/ou entidades que não constam da Relação dos Prestadores de Serviço da UNIMED SUDOESTE DE MINAS. O reembolso acontecerá exclusivamente nos casos de Urgência e Emergência. Também é utilizada como base para a cobrança da coparticipação.
- II. **TABELA DE REFERÊNCIA:** é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde.
- CIII. **TITULAR:** nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora. Nos planos coletivos, considera-se titular a pessoa física que tem vínculos empregatícios, associativos ou sindicais com a pessoa jurídica contratante do plano.
- CIV. **TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL:** é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com



 49

2

8

indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

- CV. **TRATAMENTO DOMICILIAR:** medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);
- CVI. **TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS:** assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- CVII. **UNIMED:** cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º5.764, de 16 de dezembro de 1971, constituída e administrada por médicos.
- CVIII. **URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.
- CIX. **UTI:** 1. Unidade de terapia intensiva - unidade que abriga pacientes de requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta. 2. Unidade específica dentro de uma CTI. Exemplo: unidade coronariana.

XXI - ELEIÇÃO DE FORO

21.1 - Fica eleito o foro da Comarca do CONTRATANTE, com renúncia expressa por qualquer outro, por mais privilegiado que seja para resolver quaisquer questões relativas ao presente contrato.

Passos/MG, ___ de _____ de _____.



www.unimed-sudoestemg.coop.br
Av Doutor Breno Soares Maia, 264
Belo Horizonte | Passos/MG | CEP 37.900-110
T: (35) 3529-2600

CONTRATADA:

Dr. Heitor Sette Filho
Diretor Presidente

Dr. Renato Ribeiro do Valle
Diretor Administrativo

Dr. Cláudio Ant. Felix de Oliveira
Diretor Financeiro

UNIMED SUDOESTE DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

CONTRATANTE:

Suely Alves Ferreira Lemos
Prefeita Municipal
CPF: 339.621.116-20
RG: 9.437.080-1 SSPSP

TESTEMUNHAS:

Arnaldo Liberato

NOME: Arnaldo Liberato
CPF: 519.818.586-87

NOME:
CPF:



Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz.
Roberto Rodrigues

