

UNIPART REDE AMPLA

PLANO AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICO PADRÃO ENFERMARIA

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – COBRANÇA INDIVIDUALIZADA

Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, de Diagnóstico e Terapia

REGISTRO PROVISÓRIO NA ANS N.º 436.183/01-1

CONTRATO N.º

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de serviços de assistência médico-hospitalar, de diagnóstico e terapia, **com co-participação nas consultas, exames, terapias, procedimentos e nas internações hospitalares**, aos associados regularmente inscritos pela CONTRATANTE, conforme rol de procedimentos para os planos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, facultada a contratação dos Módulos Opcionais, sendo obrigatória a especificação de contratação de cada um deles, de conformidade com a Proposta de Admissão.

1.2 - A assistência ora pactuada visa a prevenção da doença e a recuperação da saúde, observando-se a legislação vigente nesta data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

1.3 - O presente contrato se caracteriza pela contratação de pessoa jurídica (contratação coletiva por adesão), para massa delimitada de clientes e pela livre, espontânea e opcional adesão dos médicos-veterinários e dos zootécnicos regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais – CRMV-MG -, ora determinado CONTRATANTE.

1.4 - É parte integrante deste contrato o ANEXO I e a Proposta de Admissão de mesmo número.

1.5 - Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) filhos(as), aos(às) associado(as), aos(às) menores, etc.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DEFINIÇÕES

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

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

ACIDENTE DO TRABALHO: É qualquer intercorrência que aconteça com o associado em seu ambiente de trabalho, assim como em seu trajeto.

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

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: é qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) do plano.

AMBULATORIO: estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos associados.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA : área de atuação da operadora, definida em contrato, dentro da qual o associado poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito externo à internação hospitalar, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento.

ATENDIMENTO OBSTÉTRICO : Todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas conseqüências.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

ASSOCIADO: Pessoa física inscrita na UNIMED-BH que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou de dependente, conforme definido na cláusula 4ª (quarta).

ASSOCIADO TITULAR: Para efeito deste contrato, são associados os médicos-veterinários e dos zootécnicos regularmente inscritos no Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE, inscritos como tais.

ASSOCIADO DEPENDENTE: qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao associado titular:

BENEFICIÁRIO: é aquele favorecido pelo benefício.

BENEFÍCIO: é uma cobertura não obrigatória, oferecida aos associados, nas condições expressas do contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a freqüência de utilização, perfil do associado, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos associados pela contraprestação.

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

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do associado, validade, código de inscrição na UNIMED-BH, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS 1: relação, com os respectivos endereços, dos médicos cooperados, clínicas e hospitais credenciados e contratados.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

COBERTURAS: são as cláusulas contratadas que definem os direitos dos associados.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA: é aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da operadora quanto do associado em um mesmo plano de assistência à saúde.

CO-PARTICIPAÇÃO: é o montante, definido contratualmente em termos fixos ou percentuais, que o associado deve compartilhar com a operadora em cada evento, conforme especificado no objeto deste contrato e na Proposta de Admissão.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): é o órgão colegiado integrante da estrutura regimental da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

CONSULTA: é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do associado.

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de associados, tem adesão apenas espontânea e opcional

dos médicos-veterinários e dos zootecnistas do CONTRATANTE, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar.

CONTRATADA: A UNIMED-BH, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos associados do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados, que utilizarão de rede própria ou por ela contratada.

CONTRATANTE: é a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para os médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas e seus respectivos dependentes.

CONVIVENTE: pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e mancebia; amigado, amasiado e companheiro.

CUSTO OPERACIONAL: denominação genérica do pagamento realizado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através da Tabela de Referência da UNIMED-BH acrescido do percentual de 15% (quinze por cento).

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: é o documento preenchido pelo os médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE ou seu representante legal, de próprio punho, que expressa as condições gerais de saúde dos associados a este contrato.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA CONGÊNITA: deficiência de nascimento ou doença adquirida durante a vida intra-uterina, que pode manifestar-se a qualquer tempo.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: é todo evento mórbido, congênito ou adquirido, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, do qual o indivíduo tenha conhecimento ou recebido tratamento clínico ou cirúrgico, antes da data de inclusão no plano.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em conseqüência do trabalho.

EMERGÊNCIA: é o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o associado, caracterizado em declaração do médico cooperado assistente.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do associado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do associado.

EXAMES BÁSICOS: são considerados exames básicos de diagnóstico e terapia para efeito de carência: (a) análises clínicas; (b) biópsia; (c) citopatologia; (d) teste ergométrico; (e) eletrocardiograma convencional; (f) eletroencefalograma convencional; (g) eletromiografia, neurofisiologia clínica; (h) endoscopia diagnóstica; (i) exames radiológicos; (j) exames e testes alergológicos; (k) exames e testes oftalmológicos; (l) exames e testes otorrinolaringológicos; (m) hematologia; (n) inaloterapia; (o) potencial evocado; (p) prova de função pulmonar; (q) ultra-sonografia.

Os exames supramencionados constam do ANEXO I dentro da co-participação que lhe é devida

EXAMES ESPECIAIS: são considerados exames especiais de diagnóstico e terapia para efeito de carência e constam do ANEXO I dentro da co-participação que lhe é devida: (a) angiografia; (b) arteriografia; (c) eletroencefalograma, com mapeamento cerebral; (d) tomografia computadorizada; (e) ressonância nuclear magnética; (f) medicina nuclear; (g) densitometria óssea; (h) laparoscopia diagnóstica; (i) ecocardiografia com mapeamento, com fluxo a cores, com doppler, colorido; (j) eletrocardiografia dinâmica holter; (k) radiologia

intervencionista; (l) hemodinâmica diagnóstica (inclusive cineangiogramia); (m) videoendoscopia diagnóstica; (n) sialografia; (o) tococardiografia; (p) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional.

Os exames supramencionados constam do ANEXO I dentro da co-participação que lhe é devida

HOSPITAL-DIA : Todo procedimento médico que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no Hospital, que deverão ser justificados pelo médico cooperado assistente por escrito e tão somente nestes casos, aplicar-se-á, o estabelecido para internações comuns.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: é aquele hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência de terceiros.

INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um associado no plano, condicionado ao aceite da UNIMED-BH.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação na qual o associado é admitido em estabelecimento hospitalar, e que requeira pernoite, ficando sob os cuidados do médico cooperado assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MÉDICO COOPERADO: é o médico pertencente a qualquer uma das Cooperativas de Trabalho Médico, existentes no SISTEMA UNIMED.

MENSALIDADE: cada um dos pagamentos efetuados pelo associado titular para custeio do plano de assistência à saúde, mesmo que em periodicidade diversa da mensal.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE : qualquer empresa que comercialize planos privados de assistência à saúde.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PATOLOGIA: estudo das modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: qualquer plano comercializado por uma operadora que ofereça cobertura para atendimentos médicos, hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO: é qualquer ato médico praticado e seus complementares entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.

PROCEDIMENTOS DE CO-PARTICIPAÇÃO REDUZIDA: são considerados procedimentos de co-participação reduzida aqueles constantes do Anexo I integrante do presente instrumento.

PROCEDIMENTOS DE CO-PARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA: são considerados procedimentos de co-participação diferenciada aqueles constantes do Anexo I integrante do presente instrumento.

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

PRODUTOS: são modalidades de planos oferecidos pela UNIMED-BH.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: é o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

PROPOSTA DE ADMISSÃO: É o documento preenchido pelo PROPONENTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o proponente manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas Condições Gerais do produto que está adquirindo.

ROL DE PROCEDIMENTOS: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que define a cobertura obrigatória dos planos regulamentados pela lei 9656/98, individualizados para os planos especificados (ambulatório, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia).

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: são aqueles colocados à disposição do associado pela UNIMED-BH, para atendimento médico-hospitalar.

SINISTRO: termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE.

UNIMED: é uma cooperativa de trabalho médico, regida pela Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos.

TABELA DE REFERÊNCIA: lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.

TERAPIAS: são procedimentos médicos curativos realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes.

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1- Os serviços ora contratados serão prestados pela UNIMED BH, dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de Belo Horizonte, Baldim, Caeté, Confins, Contagem, Ibirité, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Nova Lima, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, Santana do Riacho, São José da Lapa e Vespasiano, através de seus médicos cooperados, que utilizarão rede hospitalar conforme CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS 1, entregue ao CONTRATANTE no ato da contratação.

3.2 - Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o SISTEMA UNIMED, de acordo com os recursos locais da prestadora do atendimento.

3.3 - Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do SISTEMA UNIMED, os hospitais de tabela própria (hospital de alto custo) abaixo relacionados, NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NA COBERTURA DESTES CONTRATOS:

- Campina Grande/PB: Clínica de Olhos Francisco Pinto;
- Caxias do Sul/RS: Hospital Saúde Ltda., Hospital Dr. Del Mese Ltda., Hospital N.S. Medianeira do Círculo Operário Caxiense;
- Guarulhos/SP: Hospital Carlos Chagas S/A.;
- Porto Alegre/RS: Soc. Educ. e Benef. do Sul (Hospital Mãe de Deus), Hospital Moinhos de Vento;
- Recife/PE: Centro Hospitalar Albert Sabin, Hospital Santa Joana, Hospital Memorial São José;
- Rio de Janeiro/RJ: DH Day Hospital, Hosp Barra D'or Medise, Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda., Prontocor Pronto Socorro CL, CS Laranjeiras, Igase Hosp São Lucas, CL Bambina, C.S. São José, CL Ped da Barra;
- Salvador/BA: Hospital CPI (pediátrico), Hospital Aliança, Hospital Espanhol (Hospital São Rafael), Hospital Português, Fundação José Silveira (Hospital Santo Amaro), Hospital Salvador, Clínica Infantil de Urgência Ltda.(Probaby), Monte Tabor Hospital (Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária);
- São Bernardo do Campo/SP: Neomater SC Ltda., Hospital Príncipe Humberto S/A., Hospital Maternidade Assunção S/A.;
- São José do Rio Preto/SP: Sociedade Portuguesa de Beneficência;

- São Paulo/SP: Incor (Instituto do Coração), Hospital Anchieta S/A., Hosp. e Mat. Santa Joana S/A., Hospital Albert Einstein, Hosp. e Mat. São Luiz, Hospital Nove de Julho S/A., Hospital Santa Catarina, Fund. Antônio Prudente (Hosp. A. C. Carmargo), P S Infantil Sabará S/A., Pró-Matre Paulista S/A., Hospital Sírio Libanês, Beneficência Portuguesa;
- Uberaba/MG: Hospital São Marcos, Hospital e Maternidade São Domingos

3.3.1 – Inclusões e ou exclusões na relação descrita no item anterior, somente serão consideradas válidas se comunicadas formalmente ao Associado Titular.

CLÁUSULA QUARTA - DOS ASSOCIADOS

4.1 - Para efeito deste contrato e obtenção dos direitos dele decorrentes, são considerados associados titulares os médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE, regularmente inscritos como tais.

4.2 - São associados dependentes, **com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada**, em relação ao associado titular:

- a) o cônjuge;
- b) o filho ou enteado;
- c) o menor que, por determinação legal ou por força de decisão judicial, se ache sob guarda ou tutela do associado titular;
- d) o convivente, **havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;**
- e) pai e mãe.

4.3 - Somente terão direito aos serviços ora contratados os associados regularmente inscritos.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INCLUSÕES E EXCLUSÕES DE ASSOCIADOS

5.1 - O CONTRATANTE é obrigado a entregar à CONTRATADA o **Termo de Adesão**, devidamente autorizado, dos os médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE a serem inscritos como associados. Para tanto, caberá a esses fornecer, além dos nomes dos seus dependentes a serem inscritos, a sua qualificação completa, inclusive filiação; endereço completo; o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), bem como a Carteira Identidade Profissional expedida pelo CONTRATANTE, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

5.2 - As inclusões e exclusões de associados, para os efeitos deste contrato, deverão ser comunicadas à UNIMED BH pelo associado titular, por escrito e em termo próprio, e somente serão levadas em consideração após o devido reconhecimento pela UNIMED-BH.

5.3 – Quando for o caso, ficará a critério da UNIMED-BH a realização de exame prévio de admissão nos associados, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória das declarações dos associados do CONTRATANTE.

5.4 - É assegurada a inclusão como dependente:

5.4.1 - do recém-nascido, filho natural ou adotivo do associado titular, **isento do cumprimento dos períodos de carência desde que as mesmas já tenham sido cumpridas pelo associado titular e a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias após o nascimento.**

Parágrafo Único: Para as crianças nascidas de parto coberto pelo UNIMED-BH, não será alegado doença ou lesão preexistente, assim como será garantida a sua inscrição na UNIMED-BH sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de

cobertura parcial ou agravo, desde que sejam inscritas até 30 (trinta) dias a contar da data do nascimento.

5.4.2 - do filho adotivo, menor de doze anos, **com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo associado titular adotante, desde que efetivada em até trinta dias após o deferimento da adoção;**

5.4.3 - dos novos médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE, com os mesmos eventuais prazos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão para os associados inscritos, desde que haja comunicação formal neste sentido, em até trinta dias, contados do implemento da condição que permita a respectiva inclusão.

5.4.4 - Ultrapassados os prazos previstos nesta cláusula, ou ainda, sendo contratada coberturas adicionais, será obrigatório o cumprimento das respectivas carências integralmente.

5.5 – Ressalvada a hipótese prevista no item 5.7 deste instrumento, o associado que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, será automaticamente excluído do contrato. A exclusão do associado titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

5.6 - Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o empregado, associado, sindicalizado, sócio ou diretor do CONTRATANTE, bem como seus respectivos dependentes, que, na data de sua assinatura, estiver afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica, devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão, no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

5.7. Para as hipóteses de ASSOCIADO DEMITIDO EMPREGADO DO CONTRATANTE, ASSOCIADO APOSENTADO EMPREGADO DO CONTRATANTE e RESPONSABILIDADE PELA PERMANÊNCIA NO PLANO DE ASSOCIADO EMPREGADO DO CONTRATANTE DEMITIDO OU APOSENTADO, as partes obedeceram a legislação vigente à época de cada evento.

CLÁUSULA SEXTA – DO CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO

6.1 - A UNIMED-BH fornecerá aos associados o **CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO**, referente ao plano a que pertencerem (PADRÃO ENFERMARIA), com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido e o recibo de pagamento das mensalidades em dia, na forma da lei, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, podendo a UNIMED-BH adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento dos associados.

6.2 - É obrigação do associado, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED-BH, respondendo o associado, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos; nestas hipóteses, a UNIMED-BH está isenta de qualquer responsabilidade, a partir da exclusão do associado.

6.2.1 - Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos associados que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam associados, com ou sem o conhecimento destes.

6.2.2 - O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer associado, a critério da UNIMED-BH, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas conseqüências, ainda que o ato tenha sido praticado sem o seu conhecimento.

6.3 - Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer desses documentos, o CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à UNIMED-BH, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela UNIMED-BH.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO CONTRATADO

7.1 - O presente plano de prestação de serviços médicos assistenciais é pactuado sob a modalidade de **CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO, com co-participação nas internações hospitalares, bem como nas consultas, exames, terapias e procedimentos, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial**, entendendo-se como tal aquele que, embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de clientes, tem a adesão livre, espontânea e opcional de seus médicos-veterinários e zootecnistas regularmente inscritos no seu Quadro de Pessoas Físicas do CONTRATANTE, com a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes diretos.

7.2 - Os associados regularmente inscritos pelo CONTRATANTE farão jus, satisfeitas as condições exigidas e pactuadas, à cobertura básica prevista neste contrato, utilizando-se exclusivamente dos serviços prestados pelos médicos cooperados e dos recursos próprios, contratados ou credenciados, nos termos da Proposta de Admissão, sendo facultada a opção pelas coberturas de módulos opcionais, sujeitando-se, neste caso, às respectivas condições específicas de cada um deles.

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

7.4 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO COM MENOS DE 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência.

7.5 - DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA POR ADESÃO COM 50 (CINQUENTA) ASSOCIADOS OU MAIS: No plano de assistência à saúde sob regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual 50 (cinquenta), em casos de doenças ou lesões preexistentes, não haverá cláusula de agravamento da contraprestação ou de cobertura parcial temporária, e será exigido o cumprimento de prazos de carência.

7.6 - O número mínimo de associados para assinatura e manutenção deste contrato é estabelecido no Proposta de Admissão.

7.6.1 – No decorrer da vigência deste contrato, se a quantidade de associados ficar abaixo do número mínimo fixado na Proposta de Admissão, a CONTRATADA poderá promover a rescisão do presente contrato.

CLÁUSULA OITAVA – DAS COBERTURAS

A UNIMED-BH cobrirá os custos, de conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, das despesas de assistência médica e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e de conformidade com os procedimentos definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada as seguintes segmentações:

8.1 - COBERTURA AMBULATORIAL

8.1.1 - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BH, definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a seguinte abrangência:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, em especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico cooperado assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, **desde que não demandem o apoio da estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas;**
- c) cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **pelo período de até 12 (doze) horas;**
- d) cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico cooperado assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- e) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, **com duração máxima de 12 (doze) semanas**, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo **limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;**
- f) cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:
 - 1) hemodiálise e diálise peritonial– CAPD(Diálise Peritonial Ambulatorial Contínua);
 - 2) quimioterapia ambulatorial;
 - 3) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc.);
 - 4) hemoterapia ambulatorial;
 - 5) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

8.1.2 - Estão excluídas da cobertura ambulatorial :

- a) **as exclusões genéricas descritas na cláusula nona;**
- b) **quaisquer atendimentos odontológicos;**
- c) **os procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas;**
- d) **serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares;**
- e) **procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;**
- f) **procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;**
- g) **quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;**
- h) **radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;**
- i) **nutrição enteral ou parenteral;**
- j) **embolizações e radiologia intervencionista;**
- k) **serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.**

8.2 - COBERTURA HOSPITALAR

8.2.1 - A cobertura hospitalar compreende a internação clínica, inclusive a psiquiátrica ou cirúrgica, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BH, os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) diárias de internação hospitalar, **em quarto coletivo, padrão enfermaria**, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada pelo médico cooperado assistente, sujeito a auditoria médica local pela UNIMED-BH;
- b) exames complementares especializados para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação, desde que acompanhado de justificativa do médico cooperado assistente, exceto os não cobertos por este contrato;
- c) assistência médica através de médicos cooperados;

- d) medicamentos nacionais, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados;
- e) taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- f) serviços gerais de enfermagem, **exceto em caráter particular**;
- g) utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- h) unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico cooperado assistente, sem limitação de prazo;
- i) alimentação específica ou normal, fornecidas pelo hospital, até a alta hospitalar, limitada aos recursos do estabelecimento;
- j) acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do associado menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, **exceto no caso de internação em UTI ou similar**;
- k) despesas com remoção inter-hospitalar do associado, em ambulância, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, e de acordo com a área geográfica de abrangência do plano;
- l) cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:
 - 1) quando se referir ao processo gestacional, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial;
 - 2) quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para cobertura ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;
 - 3) a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, **após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas**.
- m) cirurgia plástica reparadora quando efetuada, exclusivamente, para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidas em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência deste contrato para o respectivo associado, e que estejam causando problemas funcionais;
- n) cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;
- o) transplantes de córnea e rim, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, isto é, todos aqueles necessários à realização do transplante, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos, incluindo:
 - 1) despesas assistenciais com doadores vivos;
 - 2) medicamentos nacionais utilizados durante a internação;
 - 3) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
 - 4) **os transplantes provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, estarão cobertos desde que o associado esteja cadastrado 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**.
- p) Estão incluídos na cobertura, os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada em nível de internação:
 - 1) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD(Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua);
 - 2) quimioterapia;
 - 3) radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;
 - 4) hemoterapia;
 - 5) nutrição parenteral ou enteral;

- 6) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - 7) embolizações e radiologia intervencionista;
 - 8) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - 9) remoções em urgências ou emergências;
 - 10) fisioterapia;
 - 11) eletrococleografia.
- q) tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, **A internação fica sujeita à participação financeira do Associado fixada de forma gradual, segundo limites abaixo:**
- 1) **50% (Cinquenta por Cento) do valor da internação até os 30(Trinta) primeiros dias;**
 - 2) **60% (Sessenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 (Trinta) primeiros dias e até completar o período de 60 (Sessenta) dias;**
 - 3) **80% (Oitenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 (Sessenta) primeiros dias.**
- r) será garantida, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item antecedente, até 08 (oito) semanas anuais de tratamento em Hospital-Dia. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, descritos na CID-10 e relacionados no artigo 5º, inciso II, da Resolução CONSU nº 11/98, a cobertura aqui descrita será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Em ambas as hipóteses, incidirá **participação financeira** no valor de 50% sobre o tratamento.
- s) tratamento em hospital geral a portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. **A internação fica sujeita à participação financeira do Associado fixada de forma gradual, segundo limites abaixo:**
- 1) **50% (Cinquenta por Cento) do valor da internação até os 30(Trinta) primeiros dias;**
 - 2) **60% (Sessenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 (Trinta) primeiros dias e até completar o período de 60 (Sessenta) dias;**
 - 3) **80% (Oitenta por Cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 (Sessenta) primeiros dias.**

Parágrafo Único - Os valores de co-participação referidos nas alíneas "q" e "s", do item 8.2.1, serão aferidos através da Tabela de Referência da UNIMED-BH.

- t) As lesões auto-inflingidas e as intercorrências clínicas agudas ocorridas em associados portadores de transtornos mentais serão sempre tratadas em hospitais gerais quando a hospitalização for necessária.

8.2.2 - Estão excluídas da cobertura hospitalar :

- a) **as exclusões genéricas descritas na cláusula nona;**
- b) **procedimentos obstétricos;**
- c) **medicamentos não prescritos pelo médico cooperado assistente;**
- d) **despesas de acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação de um acompanhante para o paciente menor de 18 anos;**
- e) **produtos de toalete e higiene pessoal;**
- f) **serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;**

- g) **despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo SISTEMA UNIMED;**
- l) **quaisquer atendimentos odontológicos;**
- h) **serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.**

8.3 - COBERTURA DE OBSTETRÍCIA

8.3.1 - A cobertura obstétrica compreende toda a cobertura dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto, dentro dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BH.

8.3.2 - Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional, estando a associada ainda cumprindo período de carência, a UNIMED-BH estará obrigada a tão somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas na cobertura ambulatorial.

8.3.3 - **Desde que a mãe ou adotante tenha cumprido as carências específicas, estarão cobertas as despesas com honorários médicos, diárias de berçário e centro de terapia intensiva do recém-nascido, filho natural ou adotivo, bem como medicamentos nacionais, materiais e exames indispensáveis ao seu tratamento, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o nascimento. Decorrido esse prazo, a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nascido em plano de assistência à saúde, observado o disposto na cláusula quinta.**

CLÁUSULA NONA – DAS EXCLUSÕES

Estão excluídas da cobertura deste contrato:

- a) **consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;**
- b) **consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do associado e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da lei;**
- c) **tratamento clínico ou cirúrgico experimental;**
- d) **exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.);**
- e) **cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidas pelas autoridades competentes (Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina);**
- f) **cirurgias para mudança de sexo;**
- g) **atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, cataclismas, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- h) **tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes;**
- i) **vacinas;**
- j) **medicamentos importados, exceto aqueles sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;**
- k) **tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, inseminação artificial, técnica de reprodução artificial e estudo do DNA e suas conseqüências, bem como tratamento cirúrgico e exames laboratoriais diagnósticos e de preservação para todos os tipos de impotência sexual;**
- l) **enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**

- m) cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência deste contrato, vigência esta considerada para o associado, e que estejam causando problemas funcionais;
- n) tratamentos clínicos e cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, bem como para prevenção de envelhecimento, para emagrecimento (exceto o relacionado a obesidade mórbida) ou ganho de peso;
- o) tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia não está assegurada, exceto quando a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral, desde que justificado pelo laudo do médico cooperado assistente e do ortopedista, ficando ainda o associado sujeito a auditoria médica da UNIMED-BH;
- p) medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou durante atendimentos em urgência e emergência, ficando claro que não será fornecido qualquer medicamento para tratamento domiciliar;
- q) necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- r) investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar;
- s) aparelhos ortopédicos; órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- t) órteses e próteses importadas mesmo que ligadas ao ato cirúrgico;
- u) aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
- v) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- w) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste contrato, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhantes nos termos da lei ou outras que excedam o limite e condições da cobertura contratada;
- x) implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim;
- y) tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos;
- z) procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou entidades não contratadas;
- aa) investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;
- bb) identificação de cadáveres ou restos mortais;
- cc) tratamentos ligados à fonoaudiologia e à foniatria.
- dd) Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais e procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CARÊNCIAS (INÍCIO DO DIREITO À UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS)

10.1 - Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos associados regularmente incluídos e aceitos pela UNIMED-BH, após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência nos termos da lei;
- b) 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia;
- c) 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para as demais cirurgias;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para internações;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos;
- i) 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- j) 24 (vinte e quatro) meses para cobertura parcial temporária nos termos da lei.

10.2 - Contratada a ampliação da cobertura através dos módulos opcionais, os associados sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada um deles.

10.3 - O prazo de carência será contado a partir da data de vigência do contrato que consta da Proposta de Admissão.

10.4 - Os períodos de carência para cada procedimento constam da Proposta de Admissão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

11.1 – No ato da inclusão inicial ou posteriores, o associado titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde, elaborado pela UNIMED-BH, obrigando-se a informar a condição de portador ou sofredor de doença ou lesão preexistente, sua e de seus dependentes, **sob pena da sua omissão caracterizar fraude contratual.**

11.2 – O associado poderá solicitar um profissional médico para orientá-lo no preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde. A UNIMED-BH disponibilizará uma lista de profissionais médicos cooperados que, por livre escolha e sem ônus para o associado, procederão a entrevista orientadora. O associado poderá ser orientado por profissional não pertencente à lista indicada pela UNIMED-BH, devendo, nesta hipótese, assumir o ônus decorrente dessa entrevista .

11.3 - **Ficará a critério da UNIMED-BH a realização de exame prévio de admissão nos associados, a fim de averiguar a existência de lesões e doenças preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação probatória de suas declarações.**

11.4 - Constatada por perícia, ou na entrevista, ou através do Formulário de Declaração de Saúde do associado, a existência de lesão ou doença preexistente, ser-lhe-ão oferecidas as alternativas de cobertura parcial temporária pelo prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses ou, nos termos da resolução número 17 de 23 de março de 1999, do CONSU, o agravamento do valor da mensalidade do contrato.

11.5 - **A constatação, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da inclusão do associado, da condição de portador ou sofredor de lesão ou doença preexistente não informada no Formulário de Declaração de Saúde caracterizará fraude, sujeitando o associado, após a apuração, à suspensão da cobertura ou denúncia do contrato, sem prejuízo do direito de pleitear o ressarcimento dos valores despendidos**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Serão assegurados aos associados os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato pela UNIMED-BH, através de seus médicos cooperados e de rede própria, contratada ou conveniada e, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do SISTEMA UNIMED, **obedecidas as coberturas do plano contratado**, conforme constante da Proposta de Admissão, da seguinte forma:

12.1 - As consultas serão atendidas no consultório do médico escolhido, dentre os cooperados da UNIMED-BH.

12.2 - Os atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou por ela contratados, mediante solicitação do médico cooperado assistente.

12.3 - Os exames complementares e serviços auxiliares serão prestados pela UNIMED-BH, através da rede própria ou contratada, mediante solicitação de médico cooperado assistente.

12.4 - As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, e a guia de internação expedida pela UNIMED-BH.

12.5 - Nos casos de urgência, o associado, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data da internação, para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da UNIMED-BH não se responsabilizar por quaisquer despesas.

12.6 - Os associados deste contrato obrigam-se, ao se internarem, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identidade e o cartão de identificação emitido pela UNIMED-BH, em pleno vigor.

12.7 - O prazo de internação será fixado pela UNIMED-BH e constará da guia expedida.

12.8- Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o associado ou quem por ele responda deverá apresentar à UNIMED-BH a solicitação de prorrogação emitida pelo médico cooperado assistente, com justificativa.

12.9 – Os atendimentos com prazo de permanência de até 12 (doze) horas, que não requeiram pernoite, serão autorizados em regime de hospital-dia.

12.10 – Os procedimentos que demandarem um período de permanência no ambiente hospitalar superior a 12 (doze) horas serão autorizados em regime de internação hospitalar, excluindo-se as internações que necessitem de prorrogação ou em casos de intercorrência.

12.11 - O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo associado ao prestador do atendimento, exceto os valores de co-participação que deverão ser pagos da mesma forma que as mensalidades.

12.12 - Na hipótese do associado optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

12.13 - A UNIMED-BH não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos associados com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do associado.

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

12.15 - Será entregue ao CONTRATANTE o CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS 1, editado pela UNIMED-BH, informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, hospitais e clínicas, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do SISTEMA UNIMED, devendo, entretanto, o associado, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de médicos cooperados e da rede UNIMED-BH, contratada ou credenciada.

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

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

13.2 - O reembolso será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados pela UNIMED-BH, vigente à data do evento, entregue ao CONTRATANTE, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
- b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e,

- quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
 - d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
 - e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

13.3 - Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao associado, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência.

13.4 – Os médicos-veterinários ou zootecnistas associados perderão o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

14.2 – Para fins deste contrato ficam fixadas as seguintes faixas etárias:

- a) 1ª - de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade;
- b) 2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade;
- c) 3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade;
- d) 4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade;
- e) 5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade;
- f) 6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade;
- g) 7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade;
- h) 8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade;
- i) 9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade;
- j) 10ª- 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais;

14.3 – Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Admissão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajustamento disciplinado na cláusula décima sétima.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DOS PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

15.1 – Os associados titulares obrigam-se a pagar à UNIMED-BH, por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, os valores relacionados na Proposta de Admissão para efeito de inscrição, mensalidade e eventuais valores de co-participação, através da emissão de “boletas” bancárias.

15.2 – As mensalidades e os eventuais valores relativos à co-participação serão pagos até o respectivo vencimento, conforme acordado na Proposta de Admissão, podendo a UNIMED BH adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

15.4 – A cobrança será baseada na comunicação de movimentação de pessoal (inclusão e exclusão) enviada pelo associado titular à CONTRATADA. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de associado, a cobrança se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos posteriormente.

15.5 - Se o associado titular não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na UNIMED-BH para que não se sujeite as conseqüências da mora.

15.6 - Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros e atualização monetária calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de cobrança de custas judiciais e extrajudiciais, sem prejuízo de comunicação ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC).

15.7 - O atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, facultará a UNIMED-BH a suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, nos termos do item anterior, e sem prejuízo do direito da UNIMED-BH denunciar o contrato em relação ao associado inadimplente.

15.8 - A utilização dos serviços pelos associados, durante o período de suspensão ou de carência, ressalvadas as hipóteses de cobertura e seus limites em caso de urgências e emergências, implicará no pagamento do respectivo custo pelo associado titular, aferido através da Tabela de Referência da UNIMED-BH, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA CO-PARTICIPAÇÃO

16.1. - Estão discriminados na Proposta de Admissão, os valores e percentuais de co-participação financeira dos associados do CONTRATANTE nas despesas referentes a:

- a) consultas, inclusive aquelas realizadas em ambiente ambulatorial;
- b) serviços complementares de diagnóstico (exames), terapias e procedimentos, inclusive aqueles realizados em ambiente ambulatorial;
- c) internações hospitalares;
- d) Internação hospital Dia
- e) internação para tratamento de portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, não ocasionados por dependência química, em hospital psiquiátrico especializado ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, **A internação fica sujeita à participação financeira do associado fixada de forma gradual, segundo limites abaixo:**
 - 1) **50% (cinquenta por cento) do valor da internação até os 30 (trinta) primeiros dias;**
 - 2) **60% (sessenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 (trinta) primeiros dias e até completar o período de 60 (sessenta) dias;**
 - 3) **80% (oitenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 (sessenta) primeiros dias.**
- f) internação em Hospital-Dia, para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise, além do especificado no item antecedente, até oito semanas anuais de tratamento. Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98, relacionados na CID-10, a cobertura aqui descrita será estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano. Para ambas as hipóteses, caso sejam ultrapassados os prazos previstos, caberá ao CONTRATANTE assumir financeiramente as despesas com a internação, não cabendo os ônus à Unimed-BH.
- g) Internação para tratamento em hospital geral a portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização. **A internação fica sujeita à participação financeira do CONTRATANTE fixada de forma gradual, segundo limites abaixo:**
 - 1) **50% (cinquenta por cento) do valor da internação até os 30 (trinta) primeiros dias;**

- 2) **60% (sessenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 30 (trinta) primeiros dias e até completar o período de 60 (sessenta) dias;**
- 3) **80% (oitenta por cento) do valor da internação se ultrapassados os 60 (sessenta) primeiros dias.**

Parágrafo Único - Os valores de co-participação referidos nas alíneas “e” e “g”, do item 16.1, serão aferidos através da Tabela de Referência da UNIMED-BH.

16.2. - Anexada à fatura de cobrança, a UNIMED-BH deverá apresentar ao ASSOCIADO TITULAR a listagem comprobatória dos atendimentos por associado.

16.3. – **Fica expressamente excluída da cobertura contratual a investigação diagnóstica, em regime de internação hospitalar.**

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO REAJUSTE E REVISÃO DOS VALORES

Os valores previstos na Proposta de Admissão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos associados, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências, os limites, o percentual de co-participação e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

17.1 - Os valores da mensalidade, da co-participação e inscrição serão reajustados, na periodicidade legal, pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

17.2 - Nos termos da Lei, os valores da mensalidade, da co-participação e inscrição também serão reajustados anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente de custo, que também poderá ser revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato.

17.3 - Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

17.4 – Caso ocorram aumentos de sinistralidade, tributos, contribuições governamentais, empréstimos compulsórios, retenção de ativos financeiros por determinação governamental ou quaisquer outras variações econômicas que porventura venham a afetar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, a UNIMED-BH poderá pleitear perante os órgãos oficiais competentes a aplicação de medidas que restabeleçam este equilíbrio.

17.5 - Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes, ou de módulos adicionais, terão o primeiro reajuste, na data de aniversário de vigência do presente contrato para o associado titular, unificando-se as respectivas datas base.

17.5.1 - Os reajustes subsequentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas neste Capítulo.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

18.1 - Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, a partir de sua vigência, prorrogando-se automaticamente e sucessivamente, por tempo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestar, por escrito, a partir de 11 (onze) meses de vigência, respeitando o período mínimo de 30 (trinta) dias de aviso prévio.

18.2 - Considera-se como data do início de vigência a data pactuada entre as partes e constante da Proposta de Admissão.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA RESCISÃO DO CONTRATO

19.1 - Este contrato poderá ser rescindido, em qualquer época, independente de notificação judicial ou extrajudicial, nas seguintes hipóteses:

- a) omissão ou distorção das informações, prestadas pelo CONTRATANTE, em prejuízo da UNIMED-BH;
- b) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato;
- c) não concordância por parte do CONTRATANTE com os índices de reajustes estipulados;
- d) falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

19.1.1 – O associado poderá ser excluído deste contrato, em qualquer época, nas seguintes hipóteses:

- a) qualquer ato ilícito ou fraude praticado pelos associados, na utilização do objeto deste contrato;
- b) abuso, considerado como tal a utilização indevida e desnecessária dos serviços contratados;
- c) utilização indevida do cartão individual de identificação da UNIMED-BH;
- d) omissão ou distorção das informações, prestadas pelo associado, em prejuízo da UNIMED-BH ou do resultado de perícias e exames;
- e) descumprimento das condições contratuais, sem prejuízo das demais penalidades prevista nestes contrato;

19.2 - A UNIMED-BH também poderá rescindir o contrato do associado, de imediato, se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.

19.3 – A perda do vínculo associativo com a pessoa jurídica contratante implicará na exclusão do associado titular e de seus dependentes do contrato.

19.4 - Antes do término do prazo mínimo fixado na Proposta de Admissão, é facultado à qualquer das partes denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se a parte que der causa à rescisão, ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

19.5 - A rescisão dentro do período mínimo de vigência facultará a UNIMED-BH cobrar dos associados a diferença entre o custo operacional dos serviços utilizados e à disposição e a receita das mensalidades pagas por eles, desde que o valor do custo seja superior ao da receita.

19.6 - Cumprido o prazo mínimo de vigência, estes contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes contratantes, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, observando-se o seguinte:

- a) a responsabilidade da UNIMED-BH quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta do CONTRATANTE.;
- b) durante o prazo de aviso prévio não será admitido inclusão ou exclusão de associados.

19.7 - Os associados titulares reconhecem como dívida líquida e certa, em favor da UNIMED-BH, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a eles ou a seus dependentes, cessadas as responsabilidades da UNIMED-BH ou após a rescisão do contrato, independentemente de data do início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este contrato.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1 - O CONTRATANTE e seus associados reconhecem expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a UNIMED-BH, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA UNIMED.

20.1.1 - O Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Minas Gerais (CRMV-MG) celebra este Contrato para viabilizar o presente Plano de Saúde, que se destina aos médicos-veterinários e aos zootecnistas, regularmente inscritos em seu Quadro de Pessoas Físicas, os quais arcarão, pessoal e diretamente, com todos os encargos financeiros decorrentes da adesão que fizerem à prestação de serviços de saúde da UNIMED-BH.

20.2 - O CONTRATANTE, por si e pelos seus associados, autoriza a UNIMED-BH a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde. Considerando a importância da proteção do sigilo médico por profissional habilitado e registrado nos Conselhos Regionais de Medicina, as informações médicas relativas à assistência prestada aos associados são de responsabilidade do Coordenador médico de informações em saúde da UNIMED BH, nos termos da Resolução ANS/RDC N.º 64/01.

20.3 - A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do associado titular, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

20.4 - Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação atualmente em vigor, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

20.5 - A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica em dever do ASSOCIADO TITULAR pagar à UNIMED-BH o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência.

20.6 - A UNIMED-BH reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu exclusivo critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento.

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

20.8 - Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

20.9 - Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, o Anexo I e os módulos opcionais contratados firmados pelos contraentes.

20.10 – É obrigação do CONTRATANTE fornecer ao associado, no ato da inscrição, uma cópia do inteiro teor deste contrato, do Anexo I, dos módulos opcionais contratados, bem como do **CATÁLOGO DE MÉDICOS COOPERADOS E HOSPITAIS 1.**

20.11 – O CONTRATANTE está isento de qualquer responsabilidade sobre despesas decorrentes da prestação de serviços a que se refere este contrato, recaindo essas, se houver, exclusivamente, ao associado titular.

20.12 - Fica eleito o foro da sede da UNIMED-BH para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

DECLARAÇÃO

Na qualidade de representantes legais da EMPRESA CONTRATANTE, declaramos:

- a) que lemos e tomamos perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, bem como dos módulos opcionais contratados, cujas exclusões e limitações estão de acordo com os preços estipulados.**
- b) que compreendemos o teor das tabelas de serviços médicos e hospitalares e entendemos seus critérios de aplicação, bem como todas as condições e formas de pagamento.**

Conseqüentemente, comprometemo-nos a informar aos associados, os serviços ora contratados, os requisitos e condições de utilização, as exclusões e limitações, bem como eventuais alterações contratuais, inclusive os reajustes das contraprestações.

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 2 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Belo Horizonte,

UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.

Helton Freitas
Diretor-Presidente

Paulo Eugênio de Tarso Meira Borém
Diretor Comercial

CONTRATANTE

TESTEMUNHAS

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: