



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

1/57

Contrato n.º 72.440/23

Reg. ANS n.º ANS 463.816.11-6

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, HOSPITALARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

### COLETIVO POR ADESÃO PARTICIPATIVO ESTADUAL

### ACOMODAÇÃO ENFERMARIA

<b>CONTRATADA</b>			
UNIMED INCONFIDENTES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., operadora de planos privados de assistência à saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 22.720.791/0001-67, registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 30.439-5 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Praça Barão de Saramenha, nº 01 – Vila dos Engenheiros, em Ouro Preto/MG, CEP 35.402-358, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada simplesmente <b>UNIMED INCONFIDENTES</b> .			
<b>CONTRATANTES</b>			
<b>Razão Social: ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE F DE OURO PRETO</b>			
Nome Fantasia: ADUFOP			
Endereço: Rua Antônio José Ramos, 65			
Bairro: Bauxita	Cidade: Ouro Preto	UF: MG	CEP: 35.402- 191
Telefone: (31)3551-5247		Contato: Joana Ferreira do Amaral	
CNPJ: 16.843.138/0001-92		Inscrição Estadual: Isento	
Representante legal: Joana Ferreira do Amaral			
Cargo: Presidente		CPF: 028.500.716-50	
<b>Razão Social: SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA, PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA</b>			
Nome Fantasia: SINASEFE IFMG			
Endereço: Rua Pandiá Calógeras, nº 898			
Bairro: Bauxita	Cidade: Ouro Preto	UF: MG	CEP: 35.402-170
Telefone: (31)3551-4464		Contato: Solange Rodrigues	
CNPJ: 03.658.820/0002-44		Inscrição Estadual: Isento	
Representante legal: Solange Rodrigues			
Cargo: Coordenadora		CPF: 700.621.456-49	
<b>Razão Social: SINDICATO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS – ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO</b>			
Nome Fantasia: SINDICATO-ASSUFOP			

*wf/2*

*f.*

*\$*

*pp*

*cl*

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a>	<b>ANS 30.439-5</b>
		2/57

Endereço: Rua Diogo de Vasconcelos, nº 408			
Bairro: Centro	Cidade: Ouro Preto	UF: MG	CEP: 35.402-048
Telefone: (31)3551-2401		Contato: Gabriel Lima de Souza	
CNPJ: 16.843.153/0001-30		Inscrição Estadual: Isento	
Representante legal: Gabriel Lima de Souza			
Cargo: Servidor Público		CPF: 059.447.236-96	

## CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

### I – NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

Este plano é denominado comercialmente **COLETIVO ADESÃO PARTICIPATIVO ENFERMARIA** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº **463.816/11-6**

### II – TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente plano é de contratação **COLETIVA POR ADESÃO**, ou seja, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que possui vínculo com as pessoas jurídicas **CONTRATANTES** de caráter profissional ou classista, com a faculdade de inclusão de pessoas vinculadas ao titular por relação de parentesco/dependência, na forma especificada no presente contrato.

### III – SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

Este plano possui segmentação assistencial **AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA**.

### IV – ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, através da rede básica ou por ela contratada, conforme relacionado no **GUIA MÉDICO**, bem como pelas Cooperativas que integram o sistema Unimed, dentro da **área de abrangência geográfica estadual, compreendida pelo estado de Minas Gerais**.

A área de atuação (área de comercialização) deste plano de saúde compreende os seguintes Municípios: Ouro Preto, Mariana e Itabirito.

### V – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo presente plano é individual, padrão **ENFERMARIA**

Em havendo disponibilidade de vaga na acomodação contratada em outro hospital integrante da rede prestadora do produto, observadas as condições clínicas e mediante autorização do médico assistente, poderá a **UNIMED INCONFIDENTES** remover o paciente para o outro prestador, respondendo pelo ônus da remoção.







Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

3/57

Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela contratada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico e/ou hospital.

## VI – FORMAÇÃO DE PREÇO

Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é **pré-estabelecido**, sendo o pagamento integral das contraprestações pecuniárias calculados antes da utilização dos serviços contratados.

## VII – SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Está previsto neste contrato o serviço e cobertura adicional de urgência e emergência em todo território nacional e transporte aero médico, na forma e condições estabelecidas na **Cláusula 21ª**.

## VIII – COBERTURA ASSISTENCIAL

Nos termos da Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS, que dispõe sobre os prazos de atendimento em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestadores na rede da operadora na área de abrangência geográfica e de atuação do plano ou dificuldade de agendamento de procedimentos, o beneficiário deverá entrar em contato com a **UNIMED INCONFIDENTES**, para que esta ofereça garantia de atendimento com prestador apto.

**NÃO HAVERÁ REEMBOLSO EM RAZÃO DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE FORMA PARTICULAR NO CASO DO BENEFICIÁRIO NÃO TER PREVIAMENTE ENTRADO EM CONTATO COM A UNIMED INCONFIDENTES.**

## IX – OUVIDORIA

O contato com a ouvidoria da **UNIMED INCONFIDENTES** poderá ser realizado por meio dos seguintes canais:

- I. pelo site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br);
- II. por e-mail: [ouvidoria@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:ouvidoria@unimedinconfidentes.coop.br);
- III. por telefone: (31) 3559-7207;
- IV. pelo aplicativo **UNIMED**.

## CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

**1.1.** O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde, conforme previsto no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando a **ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL, HOSPITALAR E OBSTÉTRICA** e compreende o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desde que observadas as coberturas definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional

de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições previstas neste instrumento.

**1.2.** O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, e sujeita-se também às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

**1.3.** A assistência ora pactuada compreende as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observando-se a legislação vigente nessa data e os termos deste instrumento, em especial, as coberturas contratadas.

**1.4.** Fazem parte integrante deste contrato a proposta de admissão, que é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**2.1.** Poderão se inscrever neste plano de saúde, na condição de beneficiário **TITULAR**, as pessoas físicas que mantenham vínculo como associado/sindicalizado com as pessoas jurídicas **CONTRATANTES**.

**2.2.** O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em até 30 (trinta) dias da data da celebração deste contrato.

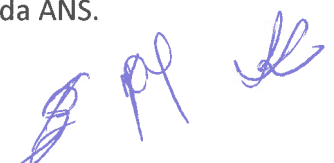
**2.3.** Poderão se inscrever neste plano de saúde na condição de beneficiário **DEPENDENTE**, o grupo familiar, assim considerado, as pessoas que possuam **grau de parentesco ou afinidade** ou dependência econômica com relação ao beneficiário titular:

- I. O cônjuge;
- II. O (a) companheiro (a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- III. O (s) filho (s), adotivo (s) ou não, e enteado (s), solteiro (s) até 18 anos incompletos e, quando universitário(s), até 24 (vinte e quatro) anos completos;
- IV. O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do beneficiário titular ou sob sua tutela, desde que não possua bens ou meios suficientes para o próprio sustento e educação, devendo tal condição ser comprovada;
- V. O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz (es);

**2.3.1.** Poderão se inscrever no plano na condição de **agregados**:

- I. Parentes até 3º grau consanguíneo (irmãos, tios e netos), dependentes econômicos do titular, associado ou sindicalizado;
- II. Os pais, sogros e filhos com idade entre 24 (vinte e quatro) e 33 (trinta e três) anos.

**2.4.** A **CONTRATANTE** se obriga a comprovar a legitimidade da pessoa jurídica e a condição de elegibilidade dos beneficiários nos termos da Resolução Normativa nº 567/2022, da ANS.



	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p><b>ANS 30.439-5</b></p> <p>5/57</p>
---	---	--

**2.5.** Caberá à **CONTRATANTE** a exibição dos documentos que comprovem o vínculo dos beneficiários titulares, bem como a relação de parentesco/afinidade dos dependentes com o titular.

**2.6.** Para fins de comprovação da legitimidade da **CONTRATANTE** e elegibilidade de seus beneficiários, devem ser apresentados, no ato da contratação do plano, os seguintes documentos, que comprovem a:

**I. LEGITIMIDADE DA CONTRATANTE:**

- a) cópia do Contrato Social / Estatuto Social que atenda aos requisitos do art. 9º da Resolução Normativa nº 567/2022 da ANS;
- b) comprovante de inscrição cadastral junto a Receita Federal;
- c) documento que confirme sua inscrição com a situação ativa nos órgãos competentes;
- d) ata de eleição atualizada.

**II. ELEGIBILIDADE DE BENEFICIÁRIOS TITULARES:**

- a) Declaração elaborada pela **CONTRATANTE**, constando o nome do beneficiário, data da filiação, dados pessoais;
- b) Proposta de adesão, constando a data de adesão do beneficiário ao plano de saúde, relação de dependentes/agregados, informação sobre o plano aderido.

**III. ELEGIBILIDADE DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:** documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes, certidão de sentença de adoção, no caso de filhos adotivos, dentre outros documentos.

**2.7.** Os beneficiários dependentes estarão vinculados ao beneficiário titular no que diz respeito às características do plano contratado.

**2.8.** A adesão do **GRUPO FAMILIAR ESTÁ CONDICIONADA À PARTICIPAÇÃO DO TITULAR NO PLANO.**

**2.9.** Para fins de comprovação da relação de dependência em razão de união estável, o beneficiário titular deverá apresentar escritura pública de união estável.

**2.10.** Cabe à **CONTRATANTE** encaminhar para a **UNIMED INCONFIDENTES**, em data previamente acordada, a relação dos beneficiários a serem incluídos, acompanhada das cópias da documentação comprobatória:

- I. cópia do CPF do titular e de todos os dependentes;
- II. cópia da carteira de identidade de todos os beneficiários;
- III. cópia do comprovante de residência;
- IV. cópia da certidão de nascimento para os dependentes menores de idade que não possuam RG;

*Handwritten signature*

*Handwritten mark*

*Handwritten initials*

- V. cópia certidão de casamento ou da escritura de união estável;
- VI. número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- VII. nome da mãe de todos os beneficiários.

**2.11.** A adesão ao plano da pessoa físicas vinculada à **CONTRATANTE**, na condição de **TITULAR** será formalizada mediante assinatura do **TERMO DE ADESÃO**, cabendo ao beneficiário titular informar à **CONTRATANTE** a relação dos dependentes a serem inscritos no plano, bem como a comprovação que os vincule ao grupo familiar do titular.

**2.12.** Será responsabilidade da **CONTRATANTE** informar à **UNIMED INCONFIDENTES** quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano, mediante cronograma de prazos acordado entre as partes, observado o estabelecido na regulamentação vigente quanto à exclusão por solicitação do beneficiário.

**2.13.** As inclusões serão consideradas a partir do 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao recebimento da solicitação pela **CONTRATANTE**.

**2.14.** É responsabilidade da **CONTRATANTE** encaminhar à **UNIMED INCONFIDENTES**, até o **dia 15 (quinze) do mês**, a relação dos beneficiários a serem incluídos ou excluídos do plano, mantendo-se a prestação de serviços até o último dia do respectivo mês.

**2.15.** A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, ante a ausência da condição de elegibilidade.

**2.16.** As solicitações de exclusões de beneficiários poderão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por meio impresso ou eletrônico.

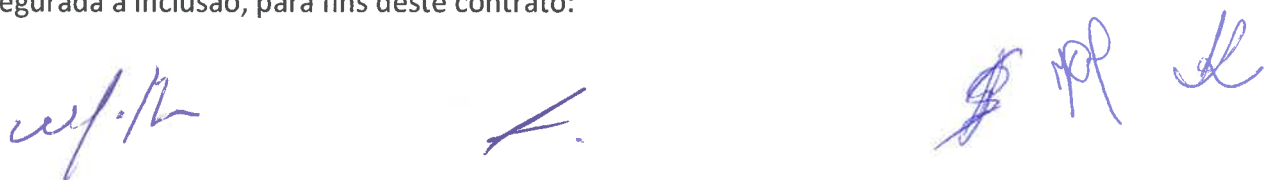
**2.17.** É obrigação da **CONTRATANTE**, quando da exclusão de beneficiários do plano de saúde, devolver à **UNIMED INCONFIDENTES** os respectivos Cartões de Identificação, sob pena de responder por todos os prejuízos resultantes do uso indevido.

**2.18.** A **CONTRATANTE** se responsabiliza pela veracidade das informações, obrigando-se a ressarcir a **UNIMED INCONFIDENTES** por decorrência de eventuais prejuízos por ela suportados em consequência da inexatidão das informações, incluindo, mas não se limitando, as multas aplicadas por este motivo pela **ANS**, mesmo após o término do presente contrato.

**2.19.** Assiste à **UNIMED INCONFIDENTES** o direito de solicitar a exibição da documentação original pertinente às inclusões ou exclusões de beneficiários, devendo a **CONTRATANTE** apresentá-la no prazo máximo de **5 (cinco) dias úteis**.

**2.20.** Está assegurada a assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular.

**2.21.** É assegurada a inclusão, para fins deste contrato:



- I. Do filho recém-nascido, filho natural ou adotivo, tutelado ou sob a guarda do beneficiário titular ou de seu dependente, isento do cumprimento de carência já cumprida pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de Doença e Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção;
- II. Do menor de 12 (doze) anos adotado por beneficiário deste plano de saúde, ou sob sua 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;
- III. Do menor de 12 (doze) 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;
- IV. O menor de 12 (doze) anos, nos casos de guarda, tutela, adoção, ou do reconhecimento da paternidade, desde que incluído no plano no prazo de 30 (trinta) dias previsto acima estará isento do cumprimento de cobertura parcial temporária por lesão preexistente.

**2.21.1.** A não observância do prazo máximo de 30 (trinta) dias ensejará no cumprimento integral, a partir da inclusão no contrato, dos prazos de carência e a avaliação de doença ou lesão preexistente para aplicação de Cobertura Parcial Temporária.

**2.22.** O dependente que vier a perder a condição de dependência, por atingir maioridade, poderá assinar contrato em seu próprio nome, em até 60 (dias) após a perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste contrato, observadas as regras previstas na portabilidade de carências.

**2.23.** Os beneficiários dependentes estarão vinculados ao beneficiário titular no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

**2.24.** A adesão e a permanência dos beneficiários dependentes estão condicionadas à participação do beneficiário titular no plano, observada a legislação vigente quanto aos aposentados que continuam trabalhando na mesma empresa.

**2.25.** A **CONTRATANTE** é obrigada a fornecer a relação dos **BENEFICIÁRIOS** a serem inscritos, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente de sua vinculação com a **CONTRATANTE**, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência.

**2.26.** A **CONTRATANTE** obriga-se a comunicar à **CONTRATADA**, por meio de formulário específico, as inclusões e exclusões de beneficiários para os efeitos deste contrato.

**2.27.** As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior na data de ciência pela **CONTRATADA**.



**2.28.** A relação de beneficiários será acompanhada das informações cadastrais dos titulares e dependentes, documentos comprobatórios de dependência e elegibilidade, assim como da Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários, quando devida, nos termos dos quesitos apresentados pela **CONTRATADA**.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

**3.1.** A **UNIMED INCONFIDENTES**, em razão do presente contrato, cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste instrumento, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, atendimentos obstétricos e de urgência e emergência, de acordo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, desde que observados os limites e coberturas definidos no **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento, nos termos da Lei 9.656/98.**

**3.1.1.** Observadas as exclusões de procedimentos previstas no art. 10 da Lei 9.656/98 e na cláusula de exclusões de coberturas deste contrato, as solicitações de procedimento sem cobertura no Rol da ANS, nos termos do §13 do art. 10 da Lei 9.656/98, serão analisadas desde que exista:

- I. Pedido médico ou odontólogo assistente; e
- II. Comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou
- III. Recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

**3.1.2.** Compete ao beneficiário a apresentação dos documentos listados na cláusula anterior, para fins de avaliação da cobertura do procedimento requerido sem previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

**3.1.3.** Nos procedimentos em que a ANS indeferiu expressamente a incorporação ao Rol, que não haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e que não haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como CONITEC) e estrangeiros, não haverá a obrigação de cobertura pela **CONTRATADA**.

**3.2.** A cobertura será garantida por médicos cooperados, Recursos Próprios da **UNIMED INCONFIDENTES** ou pelos serviços contratados/credenciados por essa, conforme relação de prestadores entregue à **CONTRATANTE** e disponibilizada no site [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**3.3.** A cobertura do contrato obedecerá às Diretrizes de Utilização (DUT), ao Protocolo de Utilização (PROUT) e Diretrizes Clínicas (DC) previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela ANS, que podem ser consultados no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).







Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

9/57

**3.4.** Os procedimentos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentações de seus respectivos conselhos profissionais, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a UNIMED INCONFIDENTES e seus prestadores de serviço de saúde, bem como a segmentação contratada.**

**3.5.** Nos procedimentos eletivos (programados) realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança do paciente, a responsabilidade assistencial será do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia e Resolução do Conselho Federal de Medicina vigentes.

**3.6.** Estão cobertos os atendimentos de planejamento familiar, em conformidade com o inciso III do artigo 35-C, da Lei 9.656/98, e com a Resolução Normativa nº 465/21, da ANS, e suas posteriores alterações.

**3.7.** Os eventos e procedimentos relacionados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e seus anexos que necessitem de anestesia, com ou sem participação de profissional médico anestesista, terão cobertura obrigatória caso haja indicação clínica, **respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a UNIMED INCONFIDENTES e seus prestadores de serviço de saúde, bem como a segmentação contratada, ficando ainda assegurada:**

- I. Equipe necessária à realização dos procedimentos, incluindo os profissionais de instrumentalização cirúrgica e anestesia, quando houver a participação, e
- II. Taxas de materiais, contrastes, medicamentos e demais insumos necessários para a sua realização, desde que estejam regularizados e/ou registrados e suas indicações constem da bula manual perante a ANVISA ou disponibilizado pelo fabricante.

**3.8.** O atendimento assistencial dentro da segmentação contratada e da área de abrangência estabelecidas neste contrato está assegurado, independentemente do local de origem do evento.

**3.9.** Estão cobertos os atendimentos de urgência e emergência, conforme normas vigentes e de acordo com o previsto neste contrato.

**3.10.** Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

**3.10.1.** Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

**3.11.** Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificado no Anexo I do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as diretrizes de utilização e segmentação contratada.

**3.12.** As escopias listadas nos anexos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

**3.13.** O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada pela **UNIMED INCONFIDENTES** e os prazos de carência estabelecidos neste contrato.

**3.14.** Estão cobertos os atendimentos relacionados ou não com acidente de trabalho e saúde ocupacional, observada a segmentação contratada. No caso da cobertura relacionada com a saúde ocupacional, estão cobertos o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339, de 18 de novembro de 1999, do Ministério da Saúde.

**3.15.** É garantida a cobertura de consultas com enfermeiro obstetra ou obstetrix, devendo ser observado o limite de consultas e preenchimento dos critérios previstos nas diretrizes de utilização e Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente à época do atendimento.

**3.16.** No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a **UNIMED INCONFIDENTES** assegurará a continuidade do tratamento, conforme prescrição do profissional médico assistente e justificativa clínica, observados a segmentação do plano, os prazos de carência e de Cobertura parcial temporária (CPT), de acordo com a regulamentação em vigor.

**3.16.1.** O procedimento “medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos” é considerado continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento de câncer, cuja cobertura se dará de acordo com a regulamentação em vigor.

**3.16.2.** A continuidade de tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente.

**3.16.3.** Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento de lesões autoinflingidas e das automutilações, com ou sem intenção de suicídio, estão obrigatoriamente cobertos, observadas as coberturas previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

#### CLÁUSULA QUARTA – DA COBERTURA AMBULATORIAL

**4.1. A COBERTURA AMBULATORIAL** compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, 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 de unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes coberturas:

- I. Consultas médicas com os médicos cooperados em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- II. Cobertura de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação;
- III. Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **limitados às primeiras 12 (doze) horas**, conforme Resolução CONSU 13/1998, **não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como de terapia intensiva e unidades similares;**
- IV. Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência e quando estiver caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- V. Cobertura de consultas ou sessões, **mediante encaminhamento por médico assistente**, com **FONOAUDIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL e PSICÓLOGO**, observando-se o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e diretrizes de utilização aplicáveis;
  - a) Após concluídas as sessões que foram solicitadas pelo médico assistente e autorizadas pela Operadora, havendo necessidade de continuidade do procedimento com a realização de novas sessões, o beneficiário deve retornar, obrigatoriamente, ao médico que deu início à solicitação, para avaliação e eventual indicação de novas sessões;
- VI. A realização de consultas/sessões por crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento com profissionais de saúde deve ocorrer com a presença dos pais ou pessoa maior responsável;
- VII. Estão cobertas consultas/sessões realizadas por nutricionista e enfermeiro obstétrico /obstetrix solicitados pelo médico assistente, de acordo com as Diretrizes de Utilização previstas no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS vigente. A cobertura

deverá ser garantida de acordo com o número de sessões por ano de contrato, sendo este compreendido como data de ingresso do beneficiário no plano;

- VIII. Cobertura para os procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra, como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- IX. Cobertura de ações de planejamento familiar, que envolvem as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- X. Realização dos Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
  - b) Radioterapia ambulatorial, desde que listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
  - c) Procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
  - d) Hemoterapia ambulatorial;
  - e) Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- XI. A cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento de câncer, incluindo o fornecimento dos medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, bem como medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, restritivamente aos listados no anexo ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de acordo com as Diretrizes de Utilização que o integra, observando o seguinte:
- a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI), conforme definido pela Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999;
  - b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA;
- XII. Para a aquisição dos medicamentos antineoplásicos orais domiciliares e dos medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, a solicitação deverá ser

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>13/57</p>
---	---	----------------------------------

feita **DIRETA E EXCLUSIVAMENTE à UNIMED INCONFIDENTES**, mediante a entrega da receita original, assinada pelo médico assistente;

- XIII.** Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes para colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina, solicitados pelo médico assistente observado o seguinte:
- a) a solicitação deverá ser feita direta e exclusivamente à **UNIMED INCONFIDENTES**, de acordo com a indicação do médico assistente do beneficiário, observado o protocolo de utilização (PROUT) publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- XIV.** Terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea para as patologias e medicamentos estabelecidos na Diretriz de Utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde: a **UNIMED INCONFIDENTES** indicará o fornecimento e/ou estabelecimento para realização do serviço, mediante encaminhamento e apresentação da Guia de Solicitação de Serviço e Receituário, ambos emitidos pelo médico assistente e previamente autorizados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, respeitado o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e Diretrizes de Utilização, vigentes à época do evento.
- XV.** 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;
- XVI.** Cobertura de consultas com enfermeiro obstétrico ou obstetriz, desde que requeridos por médico assistente, devendo ser observado o limite de consultas e o preenchimento dos critérios previstos na diretriz de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

#### 4.2. Estão excluídas da cobertura ambulatorial:

- I. As exclusões genéricas descritas na Cláusula Oitava;
- II. atendimentos odontológicos;
- III. Procedimentos para fins de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- IV. Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- V. Quimioterapia oncológica intratecal ou as que demandem internação;
- VI. Procedimentos de radioterapia para segmentação hospitalar;
- VII. Nutrição enteral ou parenteral;
- VIII. Embolização e radiologia intervencionista;
- IX. Internações hospitalares;
- X. Procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 (doze) horas;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

- XI. **Serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares;**
- XII. **Serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.**

4.3. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar e o usuário esteja em cumprimento de períodos de carências, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **UNIMED INCONFIDENTES**;

4.4. Na hipótese do item anterior, sendo necessária ou solicitada pela **CONTRATANTE**, a remoção do usuário para uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS será realizada em ambulância com recursos para garantir a manutenção da vida e as despesas correrão por conta da **UNIMED INCONFIDENTES**.

4.5. Para efeitos do disposto na cláusula 4.1, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

#### CLÁUSULA QUINTA – DA COBERTURA HOSPITALAR

5.1. A cobertura hospitalar compreende os atendimentos realizados em unidade hospitalar, em regime de internação, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, observadas as seguintes coberturas:

- I. Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na acomodação contratada;
- II. Internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- III. Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente;
- IV. Exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- V. Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, durante o período de internação hospitalar;
- VI. Remoção do paciente, por falta de recurso, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;



- VII.** As despesas relativas a um acompanhante, que incluem:
- acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;
  - acomodação e alimentação, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 (sessenta) anos de idade e pessoas portadoras de deficiências.
- VIII.** Atendimento por outros profissionais de saúde, nas coberturas previstas pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente;
- IX.** 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:
- quando se referir ao processo gestacional, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial;
  - 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;
  - a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 (vinte quatro) horas.
- X.** Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que necessitem de ambiente hospitalar, realizados por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- XI.** Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizadas durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:
- Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

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

- XII.** Procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em ambulatório, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, a seguir relacionados:
- a) Hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
  - b) Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
  - c) Radioterapia, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
  - d) Hemoterapia;
  - e) Nutrição parenteral ou enteral;
  - f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - g) Embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - h) Radiologia intervencionista;
  - i) Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
  - j) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
  - k) Acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- XIII.** Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
- XIV.** Cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- XV.** Custeio integral de 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativos;
- XVI.** Custeio parcial, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de internação psiquiátrica, por ano de contrato, não cumulativo, contínuo ou não, mediante a cobrança de coparticipação de 20% (trinta por cento) sobre as despesas médico-hospitalares, de terapia e diagnóstico relacionadas ao tratamento;
- XVII.** Cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas;





- XVIII.** Cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, desde que haja indicação do médico assistente e preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
- a) paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14);
  - b) paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29);
  - c) paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31);
  - d) paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).
- XIX.** Transplante alogênico de medula óssea, transplantes de rins e córneas, e transplantes autólogos e hepáticos, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos;
- XX.** Despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados no inciso anterior, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: despesas assistenciais com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação, acompanhamento clínico no pós-operatório imediato (24 horas) e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, excluída a cobertura de medicamentos de manutenção.
- XXI.** Órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:
- 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 necessários à execução dos procedimentos;
  - b) o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela **UNIMED INCONFIDENTES**, 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) a **CONTRATADA** instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a operadora discordar das marcas indicadas;
  - d) a junta médica será realizada em conformidade com o procedimento constante na cláusula Mecanismo de Regulação prevista neste contrato e de acordo com a regulamentação em vigor.
- XXII.** Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

- a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e
- b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde respeitando-se a segmentação contratada.

**5.2.** Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico assistente, acordo com o disposto no artigo 12, da Lei nº 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

**5.3.** Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e será de acordo com as coberturas contratadas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).

**5.4.** Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste contrato, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte da **CONTRATADA**.

**5.5.** Coberturas de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, desde que sejam seguidas as diretrizes da Lei nº 9.263/96, que trata sobre o planejamento familiar, as orientações do Ministério da Saúde, bem como diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

**5.6.** A assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, se dará a critério do médico assistente.

**5.7.** Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

**5.7.1.** O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção.

## CLÁUSULA SEXTA – DA COBERTURA OBSTÉTRICA

**6.1.** A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, dentro dos recursos próprios e contratados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, e inclui as seguintes coberturas:





Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

19/57

- I. Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- II. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, isento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, sendo vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo;
- III. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
  - a) pré-parto;
  - b) parto; e
  - c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

**6.2.** Acompanhamento de pré-natal por enfermeiro obstetra ou obstetriz, habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico, observando os limites de consultas e o preenchimento dos critérios previstos nas Diretrizes de Utilização anexa ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, desde que solicitado por médico assistente que coordena equipe multiprofissional de saúde.

**6.3.** É assegurada a inscrição ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, **como dependente**, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, sendo vedada ainda, a alegação de Doença ou Lesão Preexistente – DLP ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária – CPT, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou adoção.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

**7.1.** Em conformidade com o previsto no artigo 10, da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas as previstas no artigo 12, da Lei 9.656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

- I. TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO EXPERIMENTAL, ISTO É:
  - a) AQUELES QUE EMPREGAM MEDICAMENTOS, PRODUTOS PARA A SAÚDE OU TÉCNICAS NÃO REGISTRADOS/NÃO REGULARIZADOS NO PAÍS;
  - b) AQUELES QUE SÃO CONSIDERADOS EXPERIMENTAIS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM OU PELO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – CFO; OU
  - c) AQUELES CUJAS INDICAÇÕES NÃO CONSTEM NA BULA/MANUAL REGISTRADA NA ANVISA (USO OFF-LABEL);

- II. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS PARA FINS ESTÉTICOS, BEM COMO ÓRTESES E PRÓTESES PARA O MESMO FIM, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO VISAM RESTAURAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DA FUNÇÃO DE ÓRGÃO OU PARTE DO CORPO HUMANO LESIONADA, SEJA POR ENFERMIDADE, TRAUMATISMO OU ANOMALIA CONGÊNITA;
- III. INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, ENTENDIDA COMO TÉCNICA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA QUE INCLUI A MANIPULAÇÃO DE OÓCITOS E ESPERMA PARA ALCANÇAR A FERTILIZAÇÃO, POR MEIO DE INJEÇÕES DE ESPERMA INTRACITOPLASMÁTICAS, TRANSFERÊNCIA INTRAFALOPIANA DE GAMETA, DOAÇÃO DE OÓCITOS, INDUÇÃO DA OVULAÇÃO, CONCEPÇÃO PÓSTUMA, RECUPERAÇÃO ESPERMÁTICA OU TRANSFERÊNCIA INTRATUBÁRIA DO ZIGOTO, ENTRE OUTRAS TÉCNICAS;
- IV. TRATAMENTO DE REJUVENESCIMENTO OU DE EMAGRECIMENTO COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- V. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE IMPORTADOS NÃO NACIONALIZADOS, ISTO É, AQUELES PRODUZIDOS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL E SEM REGISTRO VIGENTE NA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA);
- VI. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOMICILIAR, ISTO É, AQUELES PRESCRITOS PELO MÉDICO ASSISTENTE PARA ADMINISTRAÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO AO DE UNIDADE DE SAÚDE;
- VII. 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;
- VIII. FORNECIMENTO DE PRÓTESES, ÓRTESES E SEUS ACESSÓRIOS NÃO LIGADOS AO ATO CIRÚRGICO;
- IX. TRATAMENTOS ILÍCITOS OU ANTIÉTICOS, ASSIM DEFINIDOS SOB O ASPECTO MÉDICO, OU NÃO RECONHECIDOS PELAS AUTORIDADES COMPETENTES;
- X. CASOS DE CATACLISMOS, GUERRAS E COMOÇÕES INTERNAS, QUANDO DECLARADOS PELA AUTORIDADE COMPETENTE;
- XI. TRATAMENTOS EM CLÍNICAS DE EMAGRECIMENTO, SPA, CLÍNICAS DE REPOUSO, ESTÂNCIAS HIDROMINERAIS, CLÍNICAS PARA ACOLHIMENTO DE IDOSOS E INTERNAÇÕES QUE NÃO NECESSITEM DE CUIDADOS MÉDICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR;
- XII. CONSULTAS E ATENDIMENTOS DOMICILIARES;

- XIII. PRÓTESES IMPORTADAS NÃO NACIONALIZADAS (QUE NÃO POSSUEM REGISTRO NA ANVISA);
- XIV. ATENDIMENTOS PRESTADOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA CONTRATUAL OU DO CUMPRIMENTO DOS PRAZOS DE CARÊNCIAS OU PRESTADOS EM DESACORDO COM O ESTABELECIDO NESTE CONTRATO;
- XV. DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE QUALQUER NATUREZA, INCLUSIVE AS RELACIONADAS COM ACIDENTES, EXCETO AS CIRURGIAS BUCO-MAXILO FACIAIS QUE NECESSITEM DE AMBIENTE HOSPITALAR E OS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO, MAS QUE NECESSITEM DE ESTRUTURA HOSPITALAR POR IMPERATIVO CLÍNICO;
- XVI. HONORÁRIOS E MATERIAIS UTILIZADOS PELO CIRURGIÃO DENTISTA QUANDO, POR IMPERATIVO CLINICO, FOR NECESSÁRIA ESTRUTURA HOSPITALAR PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS;
- XVII. DESPESAS DE ACOMPANHANTES, EXCEPCIONADAS AS DE ALIMENTAÇÃO (SERVIDA EXCLUSIVAMENTE PELA INSTITUIÇÃO) E ACOMODAÇÃO DE UM ACOMPANHANTE PARA O PACIENTE MENORES DE 18 ANOS, MAIORES DE 60 (SESSENTA) ANOS E PARA OS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS, CONFORME INDICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE;
- XVIII. CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO;
- XIX. PRODUTOS DE TOALETE E HIGIENE PESSOAL, SERVIÇOS TELEFÔNICOS OU QUALQUER OUTRA DESPESA QUE NÃO SEJA VINCULADA À COBERTURA DESTE CONTRATO;
- XX. PROCEDIMENTOS, EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS FORA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA CONTRATADA, BEM COMO DESPESAS DECORRENTES DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES PRESTADOS POR MÉDICOS NÃO COOPERADOS OU ENTIDADES NÃO CREDENCIADAS À UNIMED INCONFIDENTES, A EXCEÇÃO DOS ATENDIMENTOS CARACTERIZADOS COMO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, QUE PODERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICOS E SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS E, POSTERIORMENTE REEMBOLSADOS, QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CREDENCIADOS UNIMED, NA FORMA E TERMOS ESTABELECIDOS NESTE CONTRATO;
- XXI. ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, BEM COMO TODO E QUALQUER ATENDIMENTO DOMICILIAR E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*), MESMO EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA;
- XXII. APLICAÇÃO DE VACINAS;



- XXIII. EXAMES PARA PISCINA OU GINÁSTICA, NECROPSIAS, MEDICINA ORTOMOLECULAR E MINERALOGRAMA DO CABELO;
- XXIV. ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES E SIMILARES;
- XXV. ATENDIMENTOS DOMICILIARES, MESMO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA;
- XXVI. RESGATE E REMOÇÃO DOMICILIAR;
- XXVII. TRANSPLANTES, EXCETO OS ALOGÊNICOS DE MEDULA ÓSSEA, DE CórNEA E RIM E OS TRANSPLANTES AUTÓLOGOS e HEPÁTICOS, LISTADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO;
- XXVIII. PROCEDIMENTOS, EXAMES OU TRATAMENTOS REALIZADOS NO EXTERIOR;
- XXIX. INVESTIGAÇÃO DE PATERNIDADE, MATERNIDADE OU CONSANGUINIDADE;
- XXX. PROCEDIMENTOS NÃO RELACIONADOS NO ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE DA ANS VIGENTE NA DATA DO EVENTO;
- XXXI. ESPECIALIDADE MÉDICA NÃO RECONHECIDA PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA;
- XXXII. TRATAMENTOS DE DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP) NO QUE CONCERNE A COBERTURA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE (PAC), PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E LEITOS DE ALTA TECNOLOGIA ENQUANTO PERDURAR A COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA.
- XXXIII. EXAMES MÉDICOS ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO E DE MUDANÇA DE FUNÇÃO.
- XXXIV. TRANSPORTE PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES, EXCETO EM CASO DE BENEFICIÁRIO INTERNADO, EXCLUSIVAMENTE POR SOLICITAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE POR FALTA DE RECURSOS, E NOS CASOS DE INEXISTÊNCIA E INDISPONIBILIDADE DE PRESTADORES NA REDE;
- XXXV. ATENDIMENTOS EM HOSPITAIS DE ALTO CUSTO OU TABELA PRÓPRIA.
- XXXVI. 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, INCLUINDO OS INTEGRANTES DA REDE ESPECIAL E MÁSTER DEFINIDAS NO MANUAL DE INTERCÂMBIO DO SISTEMA UNIMED.



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

23/57

**XXXVII. A LISTA DE HOSPITAIS DE TABELA PRÓPRIA, ALTO CUSTO E CATEGORIA DIFERENCIADA EXCLUIDOS DE COBERTURA NA FORMA ACIMA DESCRITA É ATUALIZADA PERIODICAMENTE, ESTANDO DISPONÍVEL PARA CONSULTA PELO BENEFICIÁRIO NA SEDE DA CONTRATADA E NO SEU PORTAL CORPORATIVO ([www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)).**

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA DURAÇÃO DO CONTRATO**

**8.1.** O presente contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir de sua vigência. Será considerado como início de vigência a data pactuada entre as partes e constante na proposta de admissão, parte integrante desse contrato.

**8.2.** Considera-se, para efeito de reajuste anual, a data da assinatura do instrumento como a data do início da vigência.

**8.3.** Este contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se qualquer das partes não manifestar contrariamente, com antecedência de 30 (trinta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

**8.4.** A vigência para cada um dos beneficiários dependerá do recebimento pela **UNIMED INCONFIDENTES** do respectivo formulário cadastral com a solicitação de inclusão, iniciando-se no primeiro dia do mês subsequente ao pedido de ingresso, desde que a inclusão seja solicitada até o dia 15 (quinze) do mês.

#### **CLÁUSULA NONA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA**

**9.1.** Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das seguintes carências, que serão contados da data de inclusão:

- I. 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- II. 30 (trinta) dias para consultas;
- III. 60 (sessenta) dias para exames básicos (exames laboratoriais);
- IV. 180 (cento e oitenta) dias para terapias, consultas e sessões com outros profissionais de saúde (Fonoaudiologia, Nutricionista, Psicologia, Terapeuta Ocupacional);
- V. 180 (cento e oitenta) dias para a realização de procedimentos de reabilitação física, fisioterapia;
- VI. 180 (cento e oitenta dias) para a realização de sessões de acupuntura;
- VII. 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise.
- VIII. 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- IX. 180 (cento e oitenta) dias para o direito às internações psiquiátricas;

- X. 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações, clínicas, cirúrgicas, procedimentos e demais coberturas previstas neste contrato;
- XI. 300 (trezentos) dias para parto a termo.

9.2. Nos planos de assistência à saúde sob o regime de contratação COLETIVO POR ADESÃO, não será exigido o cumprimento dos prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até 30 (trinta) dias da celebração deste contrato.

9.3. A cada aniversário deste contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento do prazo de carência, desde que:

- I. O beneficiário tenha se vinculado à CONTRATANTE após o transcurso do prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato; e
- II. A proposta de adesão do plano seja formalizada em até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

9.4. Após o transcurso dos prazos definidos acima, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência integralmente, nos termos da regulamentação.

9.5. A contagem dos prazos de carência, para cada beneficiário, se dará a partir do seu pedido de ingresso.

9.6. No caso de mudança do plano com cobertura de internação em acomodação coletiva (enfermaria) para o plano com cobertura de internação em acomodação privativa (apartamento), será exigido o cumprimento de prazo de carência de 180 (cento e oitenta dias) para internação hospitalar na nova modalidade de acomodação, a contar da data da formalização do pedido de adesão ao novo plano.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

10.1. 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 de saúde, de acordo com o art. 11 da Lei 9656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei 9.961/2000 e as Diretrizes da Resolução Normativa nº 558/2022 da ANS e suas posteriores alterações.

10.2. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de resolução específica em vigor.

10.3. O beneficiário titular e/ou dependente deverá informar, através do preenchimento do Formulário de Declaração de Saúde, sobre a existência de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e ou adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.

10.4. Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes, o beneficiário titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de



Orientação do beneficiário e poderá solicitar a orientação de médico pertencente à lista de profissionais médicos cooperados indicada pela **CONTRATADA**, sem qualquer ônus.

**10.5.** Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais indicados pela **CONTRATADA**, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

**10.6.** O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador 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 e da fraude às informações.

**10.7.** Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão preexistente que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **CONTRATADA** oferecerá a Cobertura Parcial Temporária – CPT ou, a seu critério, poderá ser facultado, alternativamente, o oferecimento do Agravo.

**10.8.** A Cobertura Parcial Temporária – CPT caracteriza-se por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual o beneficiário não terá cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, quando relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**10.9.** Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, disponível no [site www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

**10.10.** É vedada a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 (vinte e quatro) meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

**10.11.** 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 9.656/1998.

**10.12.** A omissão, pelo beneficiário, acerca do conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou adesão ao presente contrato caracteriza fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II, do parágrafo único, do art. 13, da Lei 9.656/98.

**10.13.** 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 INCONFIDENTES** comunicará imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer a opção de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou providenciar a abertura de

processo administrativo para julgamento da alegação de omissão de informação de omissão na declaração de saúde.

**10.14.** Instaurado o processo administrativo na ANS, a **UNIMED INCONFIDENTES** não poderá negar a cobertura assistencial, suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo.

**10.15.** É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **CONTRATADA**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

**10.16.** Na instauração do processo administrativo na ANS, à **CONTRATADA** caberá o ônus da prova.

**10.17.** A **CONTRATADA** poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de doença ou da lesão preexistente.

**10.18.** A ANS efetuará o julgamento administrativo da procedência ou improcedência da alegação após entrega efetiva de toda a documentação.

**10.19.** Se solicitado pela ANS, o beneficiário deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

**10.20.** Após julgamento e acolhida a alegação da **UNIMED INCONFIDENTES** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, que tenham relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela **UNIMED INCONFIDENTES** e, se for o caso, poderá ser excluído do contrato.

**10.21.** Agravo é acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a **CONTRATADA** e o beneficiário. **A CONTRATADA NÃO OFERECE O AGRAVO NA CONTRATAÇÃO DE SEUS PLANOS DE SAÚDE.**

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**11.1.** Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

**11.2.** Considera-se atendimento de emergência o evento que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**11.3.** O atendimento em situação da urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada, sendo garantida a remoção, quando necessária, por indicação médica,



para outra unidade ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

**11.4. Uma vez cumpridas as carências**, é garantida a cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.

**11.5.** É garantida a remoção para unidade de atendimento da rede credenciada 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 de atenção ao paciente.

**11.6.** O atendimento de urgência decorrente de **acidente pessoal** será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

**11.7.** Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

- I. Caso a beneficiária já **tenha** cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida; e
- II. Caso a beneficiária **ainda esteja cumprindo** o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias para internação:
  - a) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até às 12 (doze) primeiras horas;
  - b) persistindo a necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
  - c) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de a internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
  - d) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.
- III. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

**11.8.** Nos casos em que houver acordo de **Cobertura Parcial Temporária** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será **igual àquela prevista para a segmentação**

ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento, não havendo, portanto, cobertura para internação.

**11.9.** Quando o atendimento de urgência ou emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação, este abrange somente a **cobertura prevista para a segmentação ambulatorial e limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, não havendo, portanto, cobertura para internação.

**11.10.** Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a que se referem às cláusulas 12.7, 12.8 e 12.9, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED INCONFIDENTES.

**11.11.** É garantida a remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, no caso do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação ou ainda no caso em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

#### **11.12. DA REMOÇÃO**

**11.12.1.** A CONTRATADA garantirá a remoção do paciente 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 que disponha dos recursos para continuidade do atendimento, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que o beneficiário estiver cumprindo prazos de carências ou de Cobertura Parcial Temporária que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

**11.12.2.** Caberá à UNIMED INCONFIDENTES o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.

**11.12.3.** Na remoção, a UNIMED INCONFIDENTES deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

29/57

**11.12.4.** Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item anterior, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

**11.12.5.** Em caso de contratação de serviço de remoção de forma particular sem que tenha havido contato com a **CONTRATADA** para a solicitação do serviço não será devido o reembolso.

### **11.13. DO REEMBOLSO NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**11.13.1.** A **UNIMED INCONFIDENTES** assegurará o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, respeitadas área de abrangência geográfica e demais condições neste instrumento contratual, excetuado os hospitais de tabela própria ou de alto custo.

**11.13.2.** O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **UNIMED INCONFIDENTES**, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

- I. Solicitação de reembolso através de preenchimento de formulário próprio;
- II. Relatório do médico assistente, atestando a urgência/emergência, declarando o nome do paciente, descrição do tratamento com CID da doença e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital, data da alta hospitalar, descrição das complicações e relatório da alta;
- III. Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- IV. Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
- V. Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos, terapias e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

**11.13.3.** O valor do reembolso nas urgências e emergências não será superior ao valor praticado pela **UNIMED INCONFIDENTES** junto à rede de prestadores do plano, descontados os eventuais valores de coparticipação.

**11.13.4.** O beneficiário tem o prazo de 01 (um) ano, contado a partir da data do evento, para apresentar a documentação acima listada, sob pena de prescrição.

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

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>30/57</p>
---	---	----------------------------------

**11.13.6.** 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 área de abrangência geográfica do plano e em prestadores não credenciados ou cooperados da **CONTRATADA**.

**11.13.7.** A **CONTRATADA** 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.

**11.13.8.** Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** solicitará complementação dos documentos, contando-se novo prazo de 30 (trinta) dias para o reembolso.

**11.13.9.** O valor a ser reembolsado será pago ao beneficiário ou seu representante legal, sendo indispensável a apresentação dos documentos pessoais, mediante a quitação do reembolso.

**11.13.10.** Será realizada a dedução da coparticipação prevista neste contrato, quando cabível, no valor do procedimento a ser reembolsado.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**12.1.** Para utilização das coberturas assistenciais contratadas, os beneficiários devem observar os mecanismos de regulação adotados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, para gerenciar e regular a demanda de utilização de serviços prestados.

### 12.2. DA COPARTICIPAÇÃO

**12.2.1.** Este contrato é celebrado em regime de coparticipação financeira na despesa assistencial a ser paga considerando o percentual especificado na proposta de admissão que integra este contrato, após a realização dos seguintes procedimentos:

- I. Consultas médicas em consultório eletivas;
- II. Consultas realizadas em Pronto Atendimento e nas urgências e emergências;
- III. Exames básicos/ambulatoriais;
- IV. Exames em geral, especiais/alta complexidade e alto custo;
- V. Terapias e procedimentos realizados com outros profissionais da área de saúde por consulta/sessão/terapia com Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, enfermeiro obstétrico e obstetritz;
- VI. Terapias especiais;
- VII. Terapias para tratamento do câncer;
- VIII. Demais procedimentos ambulatoriais previstos no Rol de Procedimentos vigente;
- IX. Demais procedimentos ambulatoriais realizados em hospital-dia;
- X. Internações psiquiátricas a partir do 31º dia.

**12.2.2.** O valor da coparticipação será devido considerando cada procedimento realizado (unitariamente).







Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5  
31/57

**12.2.3.** Os valores de coparticipação deverão ser pagos pela **CONTRATANTE** diretamente à **UNIMED INCONFIDENTES**, após a realização de procedimentos pelos beneficiários na mesma forma das mensalidades, no percentual previsto neste instrumento sobre os valores aferidos na tabela de Referência da Unimed.

**12.2.4.** Em todos os tipos de consultas médicas, haverá incidência do fator moderador de coparticipação por procedimento realizado.

**12.2.5.** O prazo para retorno de consulta é um critério do médico assistente do beneficiário, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e suas posteriores alterações.

**12.2.6.** A coparticipação será paga independentemente se a cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento, inclusive após o cancelamento do plano de saúde.

### **12.3. DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:**

**12.3.1.** Somente terão direito aos serviços previstos neste contrato os beneficiários regularmente inscritos. Para ter acesso a qualquer atendimento, o beneficiário obriga-se a apresentar o cartão individual de identificação válido e um documento de identidade.

**12.3.2.** O cartão individual de identificação referente ao plano contratado será fornecido pela **UNIMED INCONFIDENTES**, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a **UNIMED INCONFIDENTES**, sempre que necessário, adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

**12.3.3.** É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão do beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **UNIMED INCONFIDENTES**, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

**12.3.4.** Considera-se uso indevido para obter atendimento assistencial a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam sua condição de beneficiário por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

**12.3.5.** O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, identificado pela **UNIMED INCONFIDENTES**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

**12.3.6.** Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **UNIMED INCONFIDENTES**, por escrito, para cancelamento ou, quando

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

**12.3.7.** A emissão da segunda via do cartão magnético terá seu custo cobrado da **CONTRATANTE**, considerando para tal o equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de implantação, devidamente atualizada.

**12.3.8.** A **CONTRATANTE** assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à **UNIMED INCONFIDENTES**, inclusive no que se refere aos dados constantes na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

**12.3.9.** A **CONTRATANTE**, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a **UNIMED INCONFIDENTES** sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

**12.3.10.** Cabe à **CONTRATANTE** a responsabilidade de solicitar informações sobre a inclusão ou exclusão de beneficiários.

**12.3.11.** A **UNIMED INCONFIDENTES** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da **CONTRATANTE** nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência.

#### **12.4. DOS PROCEDIMENTOS PARA UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS**

**12.4.1.** A **UNIMED INCONFIDENTES** assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se relacionadas no GUIA MÉDICO disponibilizado no portal da **UNIMED INCONFIDENTES**: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.2.** Será disponibilizado aos beneficiários o GUIA MÉDICO, orientando e informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da **UNIMED INCONFIDENTES** na internet: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.3.** As atualizações do GUIA MÉDICO estarão disponíveis ao beneficiário na sede da **UNIMED INCONFIDENTES**, através do serviço de atendimento e no portal da [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.4.** As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constantes no **GUIA MÉDICO**.

**12.4.5.** Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela **UNIMED INCONFIDENTES** 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.



	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a>	ANS 30.439-5  31/57
---	--	---------------------------

**12.2.3.** Os valores de coparticipação deverão ser pagos pela **CONTRATANTE** diretamente à **UNIMED INCONFIDENTES**, após a realização de procedimentos pelos beneficiários na mesma forma das mensalidades, no percentual previsto neste instrumento sobre os valores aferidos na tabela de Referência da Unimed.

**12.2.4.** Em todos os tipos de consultas médicas, haverá incidência do fator moderador de coparticipação por procedimento realizado.

**12.2.5.** O prazo para retorno de consulta é um critério do médico assistente do beneficiário, conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e suas posteriores alterações.

**12.2.6.** A coparticipação será paga independentemente se a cobrança for realizada em mês diferente daquele em que ocorreu o procedimento, inclusive após o cancelamento do plano de saúde.

### **12.3. DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:**

**12.3.1.** Somente terão direito aos serviços previstos neste contrato os beneficiários regularmente inscritos. Para ter acesso a qualquer atendimento, o beneficiário obriga-se a apresentar o cartão individual de identificação válido e um documento de identidade.

**12.3.2.** O cartão individual de identificação referente ao plano contratado será fornecido pela **UNIMED INCONFIDENTES**, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo a **UNIMED INCONFIDENTES**, sempre que necessário, adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

**12.3.3.** É obrigação da **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda de exclusão do beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **UNIMED INCONFIDENTES**, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

**12.3.4.** Considera-se uso indevido para obter atendimento assistencial a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam sua condição de beneficiário por exclusão ou término do contrato, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

**12.3.5.** O uso indevido do cartão de identificação, por quaisquer beneficiários, identificado pela **UNIMED INCONFIDENTES**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.

**12.3.6.** Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **UNIMED INCONFIDENTES**, por escrito, para cancelamento ou, quando

*Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.*

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>32/57</p>
---	---	----------------------------------

for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

**12.3.7.** A emissão da segunda via do cartão magnético terá seu custo cobrado da **CONTRATANTE**, considerando para tal o equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor da taxa de implantação, devidamente atualizada.

**12.3.8.** A **CONTRATANTE** assume inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas à **UNIMED INCONFIDENTES**, inclusive no que se refere aos dados constantes na Proposta de Admissão, sobretudo no que diz respeito aos beneficiários a serem incluídos.

**12.3.9.** A **CONTRATANTE**, mediante informação recebida do beneficiário titular, deverá notificar a **UNIMED INCONFIDENTES** sobre eventual mudança de endereço, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

**12.3.10.** Cabe à **CONTRATANTE** a responsabilidade de solicitar informações sobre a inclusão ou exclusão de beneficiários.

**12.3.11.** A **UNIMED INCONFIDENTES** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem a anuência da **CONTRATANTE** nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a **CONTRATANTE**, ou de dependência.

#### **12.4. DOS PROCEDIMENTOS PARA UTILIZAÇÃO DAS COBERTURAS CONTRATADAS**

**12.4.1.** A **UNIMED INCONFIDENTES** assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontram-se relacionadas no GUIA MÉDICO disponibilizado no portal da **UNIMED INCONFIDENTES**: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.2.** Será disponibilizado aos beneficiários o GUIA MÉDICO, orientando e informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da **UNIMED INCONFIDENTES** na internet: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.3.** As atualizações do GUIA MÉDICO estarão disponíveis ao beneficiário na sede da **UNIMED INCONFIDENTES**, através do serviço de atendimento e no portal da [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**12.4.4.** As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constantes no **GUIA MÉDICO**.

**12.4.5.** Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela **UNIMED INCONFIDENTES** 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.

*ces-pa*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signatures]*



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

33/57

**12.4.6. A UNIMED INCONFIDENTES** assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste contrato, especificadas a seguir:

- I. Consultas e sessões: serão realizados nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos pelo beneficiário dentre a rede de prestadores;
- II. Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados;
- III. Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciados, mediante solicitação.

**12.4.7.** Quando houver indisponibilidade comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou o atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a **UNIMED INCONFIDENTES** providenciará:

- I. a oferta de outro prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município pertencente a área geográfica de abrangência e a área de atuação do produto para qual o beneficiário requereu o atendimento ou,
- II. oferta em outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes aquele para o qual o beneficiário requereu o atendimento.

**12.4.8.** Todo e qualquer pagamento a prestador integrante ou não da rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela **INCONFIDENTES**.

## **12.5. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTOS:**

**12.5.1.** O beneficiário deverá requerer à **UNIMED INCONFIDENTES** a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos/atendimentos previstos neste contrato, com os profissionais médicos e não médicos, e de todos os atendimentos eletivos, **ambulatoriais e hospitalares, à exceção das consultas médicas e dos seguintes exames básicos: análises clínicas; citopatologia; eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; exames radiológicos simples; e exame oftalmológico de tonometria.**

**12.5.2.** Para internações eletivas, o beneficiário deverá procurar a **UNIMED INCONFIDENTES** antes de se dirigir à rede credenciada, apresentando o pedido de internação, firmado pelo médico assistente, com a justificativa da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento e a duração prevista para a internação. A **UNIMED INCONFIDENTES** emitirá a guia de internação, com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

**12.5.3.** A autorização prévia será obtida na sede da **UNIMED INCONFIDENTES** ou eletronicamente através de sistema implantado pela **UNIMED INCONFIDENTES** e adotado pelo prestador de serviço.

**12.5.4.** Nos casos em que não seja possível fornecer a resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada pelo beneficiário, a **UNIMED**

*wfn*      *—*      *pp*      *sk*

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a>	ANS 30.439-5  34/57
---	--	---------------------------

**INCONFIDENTES** demandada terá prazo de resposta à solicitação de autorização de até **05 (cinco) dias úteis** para apresentá-la diretamente ao beneficiário, observando os prazos máximos de atendimentos previstos na Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS e suas posteriores alterações.

**12.5.5.** Para os procedimentos de alta complexidade – PAC e internações, o prazo para apresentação pela operadora de resposta à solicitação de autorização será de **10 (dez) dias úteis**, a ser apresentada diretamente ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura (Resolução Normativa nº 395/2016, da ANS).

**12.5.6.** Para serviços de diagnóstico por laboratório de análise clínicas em regime ambulatorial, o prazo de resposta à solicitação de autorização será de **03 (três) dias úteis** (Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS).

**12.5.7.** As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência serão autorizadas imediatamente, em observância as normas legais e infralegais em vigor.

**12.5.8.** Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a **UNIMED INCONFIDENTES** informará ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual prevista neste instrumento ou o dispositivo legal que a justifique.

**12.5.9.** O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela **UNIMED INCONFIDENTES**, **devendo ser observado:**

- I. O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a **UNIMED INCONFIDENTES** fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico assistente.
- II. A **UNIMED INCONFIDENTES** não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.
- III. Da mesma forma, a **UNIMED INCONFIDENTES** não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

**12.5.10.** Nos casos de urgência e emergência, o beneficiário ou quem por ele responde terá o prazo de 02 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos mencionados, sob pena da **CONTRATADA** não se responsabilizar por quaisquer despesas.



## 12.6 PERÍCIA MÉDICA

**12.6.1.** A **CONTRATADA** poderá realizar perícia médica na admissão do beneficiário do plano de saúde ou nos casos de autorização de procedimentos. A realização de perícia médica poderá ser feita nos relatórios, laudos e exames, bem como junto ao beneficiário de forma presencial.

## 12.7. JUNTA MÉDICA OU ODONTOLÓGICA

**12.7.1.** A **UNIMED** garantirá, em situações de divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto, a realização de junta médica ou odontológica, com vistas a solucionar a divergência quanto ao procedimento indicado. A junta médica ou odontológica será formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o médico da Unimed e o desempatador, observando:

- I. Para formação da junta médica ou odontológica, as notificações entre operadora, profissional assistente, desempatador e beneficiário poderão se dar por meio de Aviso de Recebimento (AR), telegrama, protocolo assinado pelo profissional assistente ou seu subordinado hierárquico, ligação gravada, por e-mail com aviso de leitura ou outro veículo de comunicação que comprove sua ciência inequívoca;
- II. Antes da decisão de formação da junta, a **UNIMED** poderá entrar em consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica, da qual observará os prazos de garantia de atendimento previstos na regulamentação vigente;
- III. Na formação da junta médica ou odontológica, o profissional assistente e o profissional da **UNIMED** poderão, em comum acordo e a qualquer momento, estabelecer a escolha do desempatador. O comum acordo na escolha do desempatador previsto, não desobriga a **UNIMED** do cumprimento das demais exigências para a realização da junta médica ou odontológica. O parecer do desempatador será acatado para fins de cobertura;
- IV. A **UNIMED** garantirá profissional apto a realizar o procedimento nos termos indicados no parecer técnico conclusivo da junta.

**12.7.2.** No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, serão observadas as seguintes disposições:

- I. Cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais (OPME) necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde; e
- II. O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis,

*unif-12*

*/*

*\$ PP K*

dentre aquelas regularizadas junto à Anvisa, que atendam às características especificadas.

**12.7.3.** A **UNIMED** instaurará junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou quando haver discordância das marcas indicadas.

- I. A junta médica será composta somente por médicos e a junta odontológica somente por cirurgiões-dentistas;
- II. Poderá integrar como desempatador, se convidado, em comum acordo entre profissional assistente e o profissional da **UNIMED**, para opinar em assuntos de sua competência: cirurgião-dentista na junta médica; ou médico na junta odontológica.

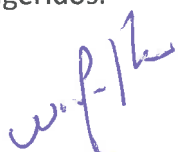
**12.7.4.** O desempatador da junta deverá ter habilitação em especialidade apta à realização do procedimento solicitado, de acordo com a definição do Conselho Federal de Medicina (CFM) ou do Conselho Federal de Odontologia (CFO).

**12.7.5.** A **UNIMED** arcará com os honorários do desempatador, inclusive despesas de passagem e estadia, quando necessário. As despesas previstas serão devidas ao profissional assistente, quando solicitado a participar de junta presencial.

**12.7.6.** A **UNIMED** notificará, simultaneamente, o profissional assistente e o beneficiário, ou seu representante legal com documento circunstanciado que conterà:

- I. A identificação do profissional da **UNIMED** responsável pela avaliação do caso;
- II. Os motivos da divergência técnico-assistencial;
- III. A indicação de quatro profissionais para formar a junta, acompanhada de suas qualificações de acordo com o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), ou currículo profissional;
- IV. A previsão de prazo para a manifestação do profissional assistente;
- V. A notificação de que na recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, haverá eleição, pela **UNIMED**, dentre os indicados;
- VI. A informação de que o beneficiário ou o médico assistente deverão apresentar os documentos e exames que fundamentaram a solicitação do procedimento; e
- VII. A informação de que a ausência não comunicada do beneficiário, em caso de junta presencial, desobrigará a **UNIMED** a cobrir o procedimento solicitado.

**12.7.7.** O profissional assistente terá o prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data do recebimento da notificação, para manter a indicação clínica ou acolher os motivos da divergência técnico-assistencial da **UNIMED**. Se o profissional assistente mantiver sua indicação clínica, compete-lhe escolher um dos profissionais sugeridos pela **UNIMED** para formação da junta. Em caso de recusa, intempestividade ou silêncio do profissional assistente quanto à indicação do desempatador para formar a junta, caberá à **UNIMED** indicar imediatamente um profissional dentre os quatro sugeridos.



**12.7.8.** Os profissionais sugeridos pela **UNIMED** serão, preferencialmente, indicados a partir de listas previamente disponibilizadas pelos conselhos profissionais, pela competente sociedade da especialidade médica ou odontológica ou por associação médica ou odontológica de âmbito nacional, que seja reconhecida pelo respectivo Conselho. Sendo facultada à **UNIMED**, firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempataadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação dos quatro profissionais previstos anteriormente.

**12.7.9.** A junta poderá ser realizada nas modalidades presencial ou à distância, definida a critério do desempatador, devendo observar os trâmites previstos na Resolução Normativa nº 424/2017 da ANS e suas alterações posteriores.

**12.7.10.** O desempatador poderá solicitar, fundamentadamente, exames complementares previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso em que será suspenso o prazo da garantia de atendimento a partir da data da solicitação desses exames. Os exames solicitados pelo desempatador são cobertos pela **UNIMED sem** a necessidade de autorização prévia, observada a segmentação contratada.

**12.7.11.** A indicação constante do parecer conclusivo do desempatador pela não realização do procedimento não caracteriza negativa de cobertura assistencial indevida por parte da **UNIMED**, após cumpridos todos os procedimentos estabelecidos na regulamentação vigente.

**12.8.** A **UNIMED INCONFIDENTES** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei 9.656/98, observadas as seguintes condições:

- I. A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos beneficiários e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- II. Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a **UNIMED INCONFIDENTES** arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- III. Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da **UNIMED INCONFIDENTES** durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a mantê-lo internado e a **UNIMED INCONFIDENTES** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato;
- IV. Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, a **UNIMED INCONFIDENTES** solicitará a ANS autorização expressa.

**12.8.1.** Serão entregues à **CONTRATANTE**, na contratação e na inclusão de beneficiários titulares a este plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

*wf-12*

*/*

*[Handwritten signatures]*

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>38/57</p>
---	---	----------------------------------

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

**13.1.** Trata-se de contrato a ser custeado a preço **pré-estabelecido**, com valores das mensalidades definidos com base em cálculo atuarial que foi realizado, levando-se em consideração, os preços dos serviços colocados à disposição dos associados, a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, a relação de procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens, ensejará a revisão dos valores.

**13.2.** Por ser um Plano Coletivo por Adesão, através de agrupamento de pessoas jurídicas, o pagamento da contraprestação pecuniária é responsabilidade de cada das entidades **CONTRATANTE**, junto à **UNIMED INCONFIDENTES**.

**13.3.** Cada **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED INCONFIDENTES**, por meio da emissão de fatura, os valores devidos pela totalidade de beneficiários por ela inscritos no plano, incluindo: taxas de inscrição, mensalidades (considerando o valor da faixa etária de cada um dos beneficiários inscritos) e os adicionais de coparticipação correspondentes à assistência prestada aos beneficiários.

**13.4.** As faturas emitidas pela **UNIMED INCONFIDENTES** serão emitidas com base na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela **CONTRATANTE** até o **dia 15 (quinze) de cada mês**. Na falta de comunicação em tempo oportuno das inclusões e exclusões de beneficiários, a fatura será gerada com base nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.


**13.5.** As mensalidades e demais valores de responsabilidade da **CONTRATANTE**, serão pagas nas datas dos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou documento único de cobrança, nota fiscal, expedida em nome de cada uma das entidades **CONTRATANTES**.

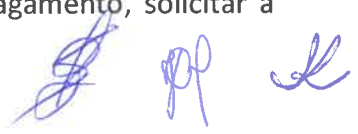
**13.6.** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

**13.7.** As faturas das mensalidades serão pagas até o dia estipulado pelas partes na proposta de admissão parte integrante deste contrato, podendo a **UNIMED INCONFIDENTES** adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

**13.8.** Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de **1% (um por cento) ao mês e correção monetária**, ambos calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de **2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso**, sendo devido ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais e extrajudiciais, além da comunicação do nome do devedor no cadastro de inadimplentes (SPC).

**13.9.** Se o **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite o pagamento na data de vencimento já prevista, deverá, para cumprimento da sua obrigação de pagamento, solicitar a







	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>39/57</p>
---	---	----------------------------------

fatura, diretamente à **UNIMED INCONFIDENTES** no prazo máximo de 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento ou retirá-la no portal da Unimed Inconfidentes em sua página na internet, através do acesso [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

**13.10.** O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste contrato.

**13.11.** Quando da inclusão de um novo dependente/agregado neste plano de saúde, a contraprestação pecuniária será cobrada de acordo com o valor da tabela adotada na contratação pelo titular, cuja atualização se dará com base nos reajustes aplicados ao contrato.

**13.12.** A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste caso, ressalvadas as urgências e emergências, implica no dever da **CONTRATANTE** pagar à **UNIMED INCONFIDENTES** o respectivo custo, aferido através da Tabela de Referência, sem prejuízo do direito de cobrança das mensalidades.

**13.13.** Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados, dentro de uma mesma faixa etária.

**13.14.** No momento da contratação do plano e a cada adesão, serão apresentados aos beneficiários os valores correspondentes ao seu custo por faixa etária, com as devidas atualizações.

**13.15.** As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela **UNIMED INCONFIDENTES** a qualquer tempo para consulta pelos beneficiários.

**13.16.** Os valores das mensalidades serão cobrados de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário (titular e dependente) estiver enquadrado.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO REAJUSTE

**14.1.** Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, à exceção da variação da faixa etária.

**14.2.** Os valores das mensalidades e a tabela de preços previstos neste contrato, conforme definido na proposta de admissão, **serão reajustados, automática e anualmente**, de acordo com a variação positiva do Índice Nacional de Preços do Consumidor Amplo (IPCA) disponível no site do IBGE, apurado no período de 12 (doze) meses que antecedem a sua aplicação em relação à data-base do contrato, ressalvados os reajustes decorrentes das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária. **Considera-se data base do contrato o mês de sua assinatura.**

**14.3.** Para fins de reajuste financeiro anual, não será aplicado reajuste negativo a este contrato de plano de assistência à saúde.

*wfon*

*/*

*\$ P L*

**14.4.** Além do índice de reajuste financeiro estipulado na cláusula **14.2**, os valores das mensalidades poderão ser reajustados anualmente e de forma complementar de acordo com o **índice técnico**, caso a sinistralidade ultrapassar a meta fixada em **75% (setenta e cinco por cento)**.

**14.5.** A sinistralidade da carteira terá como base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos e anteriores à data base de aniversário do contrato e a meta de sinistralidade estabelecida. A aplicação do reajuste ocorrerá na data base de aniversário, considerada o mês da assinatura do contrato.

**14.6.** O índice de reajuste técnico a ser aplicado será obtido considerando a meta de sinistralidade do presente contrato, que conforme referido é de 75% (setenta e cinco por cento), e será apurado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R_{\text{Técnico M\u00ednimo}} = \frac{S}{S_m} - 1$$

S = corresponde à sinistralidade do período (m\u00ednimo de 12 meses)

S<sub>m</sub> = corresponde à meta de sinistralidade

**14.7.** A sinistralidade \u00e9 o \u00edndice que mensura o quanto da despesa assistencial l\u00edquida \u00e9 representada nas contraprestações pecuni\u00e1rias arrecadadas pela operadora, conforme a formulação descrita a seguir:

$$S = \frac{EI - CF}{CP}$$

Sendo que:

EI = Soma dos eventos indeniz\u00e1veis observados nos \u00faltimos 12 (doze) meses;

CF = Soma das coparticipações/franquias observadas nos \u00faltimos 12 (doze) meses;

CP = Soma das contraprestações pecuni\u00e1rias observadas nos \u00faltimos 12 (doze) meses.

**14.8.** Independentemente da data de inclus\u00e3o dos benefici\u00e1rios, os valores das contraprestações ter\u00e3o o primeiro reajuste integral na data de anivers\u00e1rio de vig\u00eancia do contrato, entendendo-se esta como data base \u00fanica.

**14.9.** N\u00e3o haver\u00e1 aplica\u00e7\u00e3o de percentual de reajuste anual diferenciado para os benefici\u00e1rios vinculados ao mesmo plano/contrato.

**14.10.** No caso da legisla\u00e7\u00e3o autorizar reajuste em per\u00edodo inferior a 12 (doze) meses, a **UNIMED INCONFIDENTES** adotar\u00e1 este novo per\u00edodo de reajuste.



**14.11.** Esse contrato receberá reajuste retroativo à data de aniversário, no caso da negociação ultrapassar a esta data.

**14.12.** Os percentuais de reajuste aplicados serão informados pela **UNIMED INCONFIDENTES** à ANS, na forma estabelecida na regulamentação específica.

**14.13.** Fica estabelecido ainda que:

- I. O presente contrato não poderá ser reajustado em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações dos valores das mensalidades em razão de mudança de faixa etária;
- II. Os valores das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, observando-se os índices de reajustes anuais incidentes na referida contratação;
- III. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores das contraprestações serão revistos e definidos na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
- IV. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde.

**14.14.** Tal como preceitua a legislação, a **UNIMED INCONFIDENTES** se compromete informar à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os percentuais de reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos empresariais.

**14.15.** Os valores definidos na proposta de admissão que integra o presente instrumento, incluindo, o limite da coparticipação financeira por procedimento unitário, poderão ser reajustados automaticamente e anualmente, de acordo com a variação positiva do Índice Nacional de Preços do Consumidor Amplo (IPCA) disponível no site do IBGE, apurado no período de 12 (doze) meses que antecedem a sua aplicação em relação à data-base do contrato.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

**15.1.** Os valores das mensalidades serão definidos de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário esteja enquadrado.

**15.2.** Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária superior, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme a seguir:

	<b>FAIXAS ETÁRIAS</b>	<b>PERCENTUAL</b>
		<b>%</b>
<b>1ª</b>	de 0 até 18 (dezoito) anos de idade	<b>0%</b>
<b>2ª</b>	de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	<b>19,49%</b>
<b>3ª</b>	de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	<b>12,23%</b>

4ª	de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	10,90%
5ª	de 34 (trinta e quatro) a 38(trinta e oito) anos de idade	13,10%
6ª	de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	17,38%
7ª	de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	9,87%
8ª	de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	8,98%
9ª	de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	12,36%
10ª	de 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	16,02%

15.3. A variação do valor da mensalidade, em decorrência da mudança de faixa etária, corresponderá aos percentuais indicados neste contrato e na proposta de admissão que o integra, que deverá ser considerado sobre o preço correspondente a faixa etária anterior, e não se confunde com o reajuste anual do contrato.

15.4. Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando o seguinte:

- I. O valor fixado para última faixa não pode ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;
- II. A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não podem ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

15.5. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade estão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo, entretanto, a obrigatoriedade de responder pelo reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

15.6. A variação de preço por mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.

15.7. Em cumprimento ao disposto na Resolução Normativa nº 488/2022 da ANS e suas posteriores alterações, no ato da contratação do plano, a **UNIMED INCONFIDENTES** apresentará à **CONTRATANTE**, para disponibilização aos beneficiários, a tabela de preço por faixa etária.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

16.1. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a exclusão dos beneficiários do plano.

16.2. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I. **Perda da qualidade de beneficiário titular:**

- a) Pela rescisão do presente contrato;
- b) Fraude praticada de acordo com legislação vigente;
- c) por perda do vínculo do beneficiário titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;
- d) Por pedido de exclusão;
- e) Por falecimento.

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>43/57</p>
---	---	----------------------------------

**II. Perda da qualidade de beneficiário dependente:**

- a) pela perda da condição de dependência prevista no contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo dependente apurada de acordo com a legislação vigente;
- d) pela perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**, ressalvadas as condições de portabilidade e suas posteriores alterações;
- e) por falecimento do titular ou do próprio dependente.

**16.3.** Nos casos de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

**16.4.** Cessarão as coberturas do plano para o beneficiário titular:

- I. quando a **CONTRATANTE** solicitar por escrito sua exclusão;
- II. quando perder o vínculo com a **CONTRATANTE**, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, previstas neste contrato;
- III. quando vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED INCONFIDENTES** pela **CONTRATANTE**;
- IV. por fraude ao plano.

**16.5.** Cessarão as coberturas do plano para o beneficiário dependente:

- I. Quando a **CONTRATANTE** solicitar por escrito sua exclusão;
- II. Quando o beneficiário titular for excluído do plano;
- III. Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- IV. Por fraude ao plano.

**16.6.** O beneficiário perderá a condição de titular e será excluído deste contrato, bem como seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a **CONTRATANTE**.

**16.7.** A exclusão do beneficiário ocorrida por fraude não desobriga a **CONTRATANTE** do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que o beneficiário tenha dado causa.

**16.8.** As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito ou meio eletrônico, até o dia 15 (quinze) do mês, acompanhadas da devolução dos respectivos cartões de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia do mês em que ocorrer o pedido de exclusão.

**16.9.** O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão e de seu dependente neste plano de saúde diretamente à:

- I. Pessoa jurídica contratante do plano;
- II. Administradora de benefícios quando esta figurar no contrato **UNIMED**;
- III. À **UNIMED INCONFIDENTES**.

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>44/57</p>
---	---	----------------------------------

**16.10.** As solicitações de exclusões recebidas pela **CONTRATANTE** deverão ser encaminhadas à **UNIMED INCONFIDENTES** para adoção das providencias cabíveis;

**16.11.** Os pedidos de exclusão formulados perante a **CONTRATANTE** têm efeito imediato a partir da ciência da **UNIMED INCONFIDENTES**.

**16.12.** Os requerimentos de exclusões encaminhados diretamente pelo beneficiário à **UNIMED INCONFIDENTES** ou, conforme o caso, à administradora de beneficiário, o beneficiário ser feito utilizando-se as seguintes formas:

- I. presencial;
- II. atendimento telefônico;
- III. portal da operadora.

**16.13.** O cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário tem efeito imediato e caráter irrevogável a partir da ciência pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

**16.14.** As despesas decorrentes de eventuais utilizações indevidas dos serviços após solicitação de exclusão, serão de responsabilidade do beneficiário titular, a quem competirá arcar com os custos respectivos.

**16.15.** Na ocorrência de falecimento de beneficiários vinculados a este plano de saúde, é obrigatória a comunicação do fato imediatamente à **UNIMED INCONFIDENTES**.

**16.16.** As obrigações decorrentes deste contrato, no que se refere ao beneficiário que vier a falecer, somente se extinguem com a comunicação do fato à **UNIMED INCONFIDENTES**.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA RESCISÃO

**17.1.** Este contrato somente poderá ser rescindido pelas partes, mediante notificação prévia e por escrito com antecedência mínima de **60 (sessenta) dias**.

**17.2.** Nos termos dos artigos 421 e 422, do Código Civil Brasileiro, na hipótese de perdas, danos ou apuração de prejuízos, a **UNIMED INCONFIDENTES** poderá exigir complemento de valores.

**17.2.1.** A apuração de prejuízos será calculada com base nas receitas, contraprestações líquidas e despesas assistenciais líquidas, e, caso do montante das despesas seja superior as receitas, observada a meta da sinistralidade, será caracterizado prejuízo a ser ressarcido pela pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

**17.2.2.** Não cumprida a obrigação, responderá às **CONTRATANTES** por perdas e danos, acrescidos de juros e atualização monetária através dos índices oficiais, além dos honorários advocatícios, nos termos do art. 389, do Código Civil.






Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

45/57

**17.3.** Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste contrato.

**17.4.** A responsabilidade da **UNIMED INCONFIDENTES**, sobre os atendimentos iniciados na vigência do contrato cessa no último dia do prazo de notificação mencionados, correndo a partir de então por conta das **CONTRATANTE**, pessoa jurídica, independentemente do motivo da rescisão, inclusive, despesas com internações em curso de beneficiário, a internação será mantida, sendo o custo a partir da rescisão suportado pelas **CONTRATANTE**.

**17.5.** O atraso no pagamento da mensalidade por qualquer uma das entidades **CONTRATANTE** implicará na suspensão da cobertura assistencial, até que esta efetue o pagamento devido à **UNIMED INCONFIDENTES**.

**17.6.** O não pagamento das mensalidades pelo período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, autorizará a **UNIMED INCONFIDENTES** a rescindir o presente contrato, sem prejuízo do direito da cobrança do débito.

**17.7.** A não concordância por parte das **CONTRATANTES** com o índice de reajuste anual do contrato autoriza a rescisão deste.

**17.8.** Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação às **CONTRATANTES**, nas seguintes situações:

- I. prática de fraude comprovada;
- II. declaração de informações falsas ou incompletas ou omissão destas;
- III. inadimplência de qualquer uma das **CONTRATANTES** por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da **UNIMED INCONFIDENTES** de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias e a inscrição no cadastro de inadimplentes;
- IV. descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste contrato;
- V. falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes;
- VI. tentativa de impedir e dificultar a realização de quaisquer exames ou diligências necessárias a resguardar os direitos da **CONTRATADA** desde que devidamente comprovada;
- VII. falta dos comprovantes legais capazes de atestar legitimidade, elegibilidade dos beneficiários, bem como a condição de regularidade da **CONTRATANTE** junto à Receita Federal e nos órgãos competentes;
- VIII. se não for conservado o número mínimo de beneficiários estabelecido para a manutenção deste contrato, conforme previsto na Proposta de Admissão, parte integrante deste contrato, a exceção quanto empresário individual;
- IX. se as partes não chegarem a um acordo para definição do reajuste anual.

**17.9.** É de responsabilidade da **CONTRATANTE**, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação **UNIMED INCONFIDENTES**.

**17.10.** A **UNIMED INCONFIDENTES** reserva-se ao direito de cobrar da **CONTRATANTE**, por acordo entre as partes ou pelos meios legais cabíveis, as eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao(s) beneficiário(s), após a rescisão do contrato.

**17.11.** Nos casos de **inadimplência**, após notificação da **CONTRATANTE**, sem o devido pagamento no prazo estabelecido, em havendo beneficiários em regime de internação, a **UNIMED INCONFIDENTES** continuará garantindo a cobertura assistencial apenas àqueles beneficiários internados até à alta da internação, mantendo suspensas as coberturas para os demais beneficiários.

**17.11.1.** Nos termos previstos neste instrumento, a **UNIMED INCONFIDENTES** continuará faturando as contraprestações pecuniárias daqueles beneficiários internados e, na alta da internação, se mantida a inadimplência, o contrato será rescindido, sem prejuízo de cobrança judicial, extrajudicial e inscrição do débito no cadastro de devedores.

**17.12.** A **UNIMED INCONFIDENTES** se reserva no direito de incluir o nome da **CONTRATANTE** nos órgãos de proteção ao crédito, após a devida notificação, caso não seja verificado o adimplemento de quaisquer valores previstos no presente contrato, sem prejuízo de requerer judicial ou extrajudicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

**17.13.** A **CONTRATANTE** reconhece que são devidas, em favor da **UNIMED INCONFIDENTES**, quaisquer despesas decorrentes de atendimentos prestados a seus beneficiários, cessadas as responsabilidades da **UNIMED INCONFIDENTES**, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial e, posteriormente, revogadas ou decididas em contrário e, ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento nos casos de suspensão ou rescisão por inadimplência.

**17.14.** Em quaisquer casos de rescisão deste contrato, **obriga-se a CONTRATANTE a comunicar antecipadamente aos beneficiários**, para que estes possam exercer o direito de contratar novo plano de saúde ou exercer a portabilidade de carências.

**17.15.** As tabelas de preços por faixa etária, com as devidas atualizações, são disponibilizadas pela **CONTRATADA** a qualquer tempo para consulta pelos beneficiários.

#### **CLAUSULA DÉCIMA OITAVA – DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**18.1.** No desenvolvimento de quaisquer atividades relacionadas com a execução deste contrato, as partes se comprometem a observar o arcabouço legal que trata da proteção de dados pessoais, empenhando-se em diligenciar, na parte que lhe couber, para o devido cumprimento da legislação.

**18.2.** A **UNIMED INCONFIDENTES** disponibiliza em seu site institucional a **POLÍTICA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS** para acesso do público em geral.





	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>47/57</p>
---	---	----------------------------------

**18.3.** A **UNIMED INCONFIDENTES** declara que os dados obtidos em razão do presente contrato, são utilizados exclusivamente para viabilizar o cumprimento do presente contrato e o atendimento das resoluções e legislações aplicáveis.

**18.4.** A **UNIMED INCONFIDENTES** declara cumprir a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

**18.5.** As partes contratantes se obrigam a manter sigilo em relação aos dados pessoais tratados em virtude deste contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar tais dados estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como instruídas e capacitadas para o tratamento de dados pessoais.

**18.6.** A **CONTRATANTE** deverá comunicar a **UNIMED INCONFIDENTES** caso receba alguma requisição dos beneficiários de sua carteira referente aos direitos dos titulares de dados previstos na legislação.

**18.7.** As partes se comprometem a tratar os dados pessoais sensíveis que lhe forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular dos dados em estrita observância das regras específicas previstas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

**18.8.** As partes se comprometem a tratar os dados pessoais de crianças e adolescentes – observadas as conceituações previstas no artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente – sempre em seu melhor interesse, colhendo, quando aplicável o consentimento de, ao menos, um dos pais ou responsável legal, em observância ao disposto no artigo 14, da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

**18.9.** A **UNIMED INCONFIDENTES** se resguarda no direito de não coletar consentimento dos pais ou responsáveis em caso de emergência, ante a prevalência da obrigação de socorro e direito à vida do indivíduo frente as regras de proteção de dados pessoais vigentes no momento de eventual emergência.

**18.10.** A ocorrência de incidente de segurança, de acesso não autorizado, vazamentos, perdas de dados, bem como qualquer outra forma de violação à privacidade relacionada aos beneficiários vinculados a este contrato, determinam a imediata comunicação às partes envolvidas.


**18.11.** Caso a **UNIMED INCONFIDENTES** venha a ser demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão de vazamento de dados sob responsabilidade da **CONTRATANTE**, será garantido o direito de chamamento ao processo ou denúncia da lide ou a propositura de ação de regresso, nos termos do Código de Processo Civil.

**18.12.** Ao término da relação contratual entre as partes, essas se obrigam a manter o sigilo das informações obtidas durante a vigência da relação contratual e a conservar os dados pelo período

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p><b>ANS 30.439-5</b></p> <p>48/57</p>
---	---	---

necessário à prossecução das finalidades da recolha ou do tratamento posterior e em cumprimento das normas regulatórias e legislações aplicáveis.

**18.13.** Não obstante o beneficiário tenha direito de requerer o apagamento, anonimização ou de solicitar qualquer outra providência que demande a abstenção do tratamento de dados pessoais do beneficiário pela **UNIMED INCONFIDENTES**, **eventual requisição do titular de dados não poderá ser atendida caso o tratamento estiver sendo realizado ou tiver como finalidade atender a uma obrigação legal ou regulatória.**

**18.14.** Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista na presente cláusula de proteção de dados pessoais, ficará a parte que deu causa sujeita a responder pelo prejuízo, através de reparação por perdas e danos, na forma da legislação aplicável.

**18.15.** Para a prestação do serviço contratado, a **UNIMED INCONFIDENTES** se vale de uma rede de prestadores de serviços, entre eles hospitais, clínicas, laboratórios entre outras empresas, inclusive integrantes do Sistema Cooperativo **UNIMED**, com as quais a **UNIMED INCONFIDENTES** realizará o compartilhamento dos dados pessoais dos beneficiários, o qual será feito sempre no melhor interesse dos beneficiários e nos estritos limites e finalidades dispostos neste instrumento, sem prejuízo dos compartilhamentos realizados em razão de obrigação legal ou regulatória.

**18.16.** Os beneficiários poderão sanar dúvidas ou reivindicar direitos relativos à Lei Geral de Proteção de Dados à **UNIMED INCONFIDENTES**, através dos canais de acesso informados na Política de Privacidade e Proteção de Dados disponível no site da operadora [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br).

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NONA – INTEGRIDADE E TRANSPARÊNCIA DE INFORMAÇÕES**

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

**19.2.** A **CONTRATANTE** declara que está ciente, conhece, entende e observa integralmente as leis anticorrupção aplicáveis, em especial, mas sem limitar, a Lei nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção), em conjunto, as regras anticorrupção, comprometendo-se a se abster de qualquer atividade que constitua violação à legislação aplicável.

**19.3.** A **UNIMED INCONFIDENTES** declara que possui Código de Conduta divulgado em seu site ([www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)), ao qual os seus colaboradores, prepostos e subcontratados se comprometem a respeitar.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

49/57

**19.4.** A **CONTRATANTE**, por si e por seus administradores, diretores, funcionários e agentes, bem como seus sócios que venham a agir em seu nome e por seus subfornecedores, se obriga durante a consecução do presente contrato, atuar de forma ética e em conformidade com as regras anticorrupção.

**19.5.** A **CONTRATANTE** concorda em responder prontamente questão relacionada com o programa de anticorrupção e outros controles relacionados à corrupção, e a cooperar plenamente em qualquer investigação por parte da **UNIMED INCONFIDENTES** relacionada a suposta violação da legislação.

**19.6.** Qualquer descumprimento por parte da **CONTRATANTE** de quaisquer regras de anticorrupção aplicáveis, ensejará a rescisão motivada do presente instrumento, mediante notificação, observadas as penalidades previstas neste contrato, ficando, ainda, a **CONTRATANTE**, responsável por indenizar a **UNIMED INCONFIDENTES** contra todo e qualquer dano que esta suporte em razão do descumprimento das obrigações e declarações estabelecidas neste instrumento.

**19.7.** A **CONTRATANTE** deve monitorar o cumprimento das obrigações de anticorrupção assumidas no âmbito do presente instrumento e informar, por escrito, à **CONTRATADA** os detalhes de qualquer violação ou suspeita de violação das obrigações de anticorrupção assumidas depois de tomar conhecimento de tal violação.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DAS INFORMAÇÕES E NEGOCIAÇÕES PACTUADAS**

**20.1.** As partes se obrigam, por si, por seus sócios, administradores, funcionários, prepostos, contratados ou subcontratados a manter, durante o prazo de vigência deste contrato e após o seu término, o mais completo e absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação, principalmente informações confidenciais ou não obtidas em razão da prestação de serviços contratada, especialmente quanto aos valores pactuados, que eventualmente venha a ter conhecimento ou às quais venha a ter acesso por força do cumprimento do presente contrato, não podendo, sob qualquer pretexto, utilizá-las para si, divulgar, revelar, reproduzir ou delas dar conhecimento a terceiros, responsabilizando-se, em caso de descumprimento da obrigação assumida, por eventuais perdas e danos e sujeitando-se às cominações legais.

**20.2.** Por informação confidencial entende-se toda a informação escrita, verbal ou audiovisual constante em meio físico, digital, mídia de armazenamento ou qualquer outro meio; de natureza pessoal, profissional, médica, industrial, financeira, comercial ou tecnológica, tais como: *know-how*, documentos, e-mails, códigos fontes, banco de dados, planilhas, projeções financeiras, listas de clientes, planos de gestão, dados sensíveis de clientes, informações sigilosas sobre estratégias, principalmente aquelas que envolvem dados cadastrais de *stakeholders* ou quaisquer outras informações que em razão de sua natureza ou propriedade não devem ser transmitidas a terceiros.

**20.3.** Para garantir a confidencialidade, a **UNIMED INCONFIDENTES** insere em seus contratos de trabalho, o **dever do profissional, dos seus empregados e serviços terceirizados, a manter o**

	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a> Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>50/57</p>
---	---	----------------------------------

necessário sigilo das informações que vier a tomar conhecimento do exercício de sua atividade na realização das atribuições previstas para a execução do presente contrato.

20.4. Não serão abrangidas pela obrigação de confidencialidade as informações:

- I. que se tornem publicamente conhecidas, sem que tal se deva a conduta ilícita da Parte que a recebe;
- II. cuja divulgação tenha sido expressamente autorizada pela parte que a transmite;
- III. que forem anterior e comprovadamente conhecidas pela parte, de forma legal e legítima, independentemente do presente contrato;
- IV. que sejam divulgadas por força de lei, processo judicial ou administrativo, normas e determinações da Comissão de Valores Mobiliários – CVM, Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, ou qualquer outra entidade/órgão governamental com atribuições congêneres, devidamente comprovadas, que possam afetar qualquer das partes;
- V. cuja divulgação/utilização seja estritamente necessária para o cumprimento das obrigações legais ou para defesa dos direitos e legítimos interesses das partes, obrigando-se a parte divulgadora à comunicação prévia da outra.

20.5. O não cumprimento das cláusulas de confidencialidade, após devidamente apurado, implicará na responsabilidade civil e criminal da parte infratora, autorizando a rescisão do presente contrato, mediante notificação prévia com antecedência de 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da apuração de eventuais perdas e danos.

20.6. As obrigações a que alude esta cláusula perdurarão inclusive após a cessação do vínculo entre as partes.


## CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DOS SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

### 21.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO

21.1.1. Nos atendimentos caracterizados pelo médico assistente como de urgência ou emergência e ocorridos fora da abrangência geográfica contratada, o atendimento será garantido na rede básica do Sistema Unimed, não estando incluído na cobertura hospitais de alto custo de tabela própria credenciados.

21.1.2. Os atendimentos que evoluírem para internação, serão prestados, observando-se a segmentação assistencial do plano, os prazos de carência e cobertura parcial temporária (CPT) e a área de abrangência geográfica e de atuação do plano.

21.1.3. Após o atendimento de urgência e emergência, mediante liberação do médico assistente, o paciente poderá ser removido para a rede credenciada, dentro da área de abrangência geográfica do plano contratado, nos termos da regulamentação vigente, sendo certo que o direito a remoção é garantido nos limites da área de abrangência geográfica e de atuação do plano.



	<p>Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  E-mail: <a href="mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br">unimed@unimedinconfidentes.coop.br</a>  Site: <a href="http://www.unimedinconfidentes.coop.br">www.unimedinconfidentes.coop.br</a></p>	<p>ANS 30.439-5</p> <p>51/57</p>
---	---	----------------------------------

**21.1.4.** A lista de hospitais caracterizados como de alto custo/tabela própria é disponibilizada pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

## **21.2. TRANSPORTE AEROMÉDICO**

**21.2.1.** O serviço aeromédico objeto deste contrato assegura o transporte aéreo, conforme o caso, do beneficiário titular e seu(s) dependente(s), com acompanhamento médico e os recursos materiais que se fizerem necessários.

**21.2.2.** Os serviços de remoção aérea serão prestados pela empresa doravante denominada **INTERVENIENTE**.

**21.2.3.** A remoção do beneficiário será realizada nos casos de transferência de um estabelecimento médico-hospitalar para outro que atenda o plano, no qual o associado esteja inscrito, dentro do território nacional.

**21.2.4** Os serviços aqui abordados serão requisitados diretamente ao Serviço Médico Central da **INTERVENIENTE**, exclusivamente pelo médico cooperado da **UNIMED INCONFIDENTES** que estiver atendendo ao associado.

**21.2.5.** Para que se justifique a requisição desses serviços, é necessário que o beneficiário, tendo cumprido as carências contratuais, apresente pelo menos uma das seguintes condições clínicas:

- I. traumatismo cranioencefálico que necessite tratamento intensivo;
- II. aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
- III. tratamento da face que necessite cirurgia de reconstituição;
- IV. traumatismo ocular grave que possibilite a perda da visão;
- V. traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;
- VI. embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;
- VII. choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com mais recursos (ex.: balão intraórtico e cirurgia cardíaca);
- VIII. cirurgia cardíaca;
- IX. pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- X. queimaduras elétricas, térmicas, químicas e com área corpórea afetada maior que 30%;
- XI. angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas;
- XII. discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva estar internado em Centro de Terapia Intensiva;
- XIII. aneurisma dessecante de aorta que necessite Centro de Terapia Intensiva;
- XIV. hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite Centro de Terapia Intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário Unidade de Terapia Intensiva mais adequada;

*wf.n*

*—*

*\$* *af* *de*

- XV. insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XVI. pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XVII. trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XVIII. asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XIX. insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XX. insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XXI. hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XXII. estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XXIII. assistência em Unidade de Terapia Intensiva, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- XXIV. politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local, não haja condições para tal procedimento);
- XXV. fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXVI. fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local de origem, não haja condições técnicas;
- XXVII. fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXVIII. traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local de origem não possuir os recursos necessários;
- XXIX. intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXX. afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- XXXI. amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
- XXXII. infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
- XXXIII. picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira Centro de Terapia Intensiva.

**21.2.6.** Se alguma das patologias acima for decorrente de tentativa de suicídio, o associado não terá a cobertura e, caso o atendimento ocorra, os custos decorrentes serão de responsabilidade da **CONTRATANTE**.

**21.2.7.** As aeronaves que a **INTERVENIENTE** colocar à disposição da **CONTRATANTE** não terão qualquer peça para prótese, mas estarão equipadas com marca-passo externo, para eventual utilização durante o transporte.

**21.2.8.** Caberá à **INTERVENIENTE** definir o tipo de transporte que mandará utilizar em função de suas disponibilidades, do estado do beneficiário, da distância a ser percorrida, das condições de navegabilidade aérea e da estrutura aeroportuária das regiões envolvidas.

**21.2.9.** O transporte aeromédico somente se efetivará se a localidade de origem do paciente estiver situada a mais de 50 km (cinquenta quilômetros) do hospital de destino.





Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

53/57

**21.2.10.** Nenhuma responsabilidade civil ou criminal caberá à **UNIMED INCONFIDENTES** por óbitos ou eventuais danos físicos sofridos por beneficiários quando transportados pela **INTERVENIENTE**, que mantém seguro para cobertura de tais sinistros.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**22.1.** Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

- I. 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;
- II. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS:** autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar;
- III. AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO:** 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 preexistência declarada;
- IV. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA:** área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;
- V. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:** é aquele executado no âmbito do ambulatório, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários;
- VI. ATENDIMENTO ELETIVO:** termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência;
- VII. ATENDIMENTO OBSTÉTRICO:** todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- VIII. BENEFICIÁRIO:** pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento;
- IX. CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência 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 beneficiários pela contraprestação;
- X. CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;
- XI. CID-10:** é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- XII. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos

- cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- XIII. COPARTICIPAÇÃO:** é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento;
- XIV. CONSULTA:** é o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário;
- XV. COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL:** alterações patológicas durante a gestação, como por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento;
- XVI. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei 9.656/98;
- XVII. DEPENDENTE:** pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante;
- XVIII. DOENÇA:** é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;
- XIX. DOENÇA AGUDA:** falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento;
- XX. DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE:** aquela 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;
- XXI. DOENÇA PROFISSIONAL:** é aquela adquirida em consequência do trabalho;
- XXII. EMERGÊNCIA:** é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
- XXIII. EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário;
- XXIV. EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO:** (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (k) teste ergométrico;
- XXV. INTERCÂMBIO:** É o acordo operacional entre as UNIMEDs, regulamentado por meio do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma cooperativa por outra que integra o sistema. Todo o processo respeita a estrutura física, a oferta de prestadores/cooperados e a forma de atendimento de cada singular;
- XXVI. HOSPITAL-DIA:** atendimento hospitalar que não requeira pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;
- XXVII.** são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabelas próprias de preços, tanto para diárias e taxas, como para honorários médicos e SADT, materiais, medicamentos e gasoterapia, para os quais não há cobertura do presente contrato;





Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5

55/57

- XXVIII. HOSPITAIS E SERVIÇOS DE ALTO CUSTO:** são hospitais, clínicas e laboratórios que possuem tabela de preços de Honorários Médicos e SADT acima dos valores praticados pela rede básica para os quais não há cobertura do presente contrato;
- XXIX. MÉDICO ASSISTENTE:** é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário;
- XXX. MENSALIDADE:** contraprestação pecuniária paga pela **CONTRATANTE** à operadora;
- XXXI. ÓRTESE:** acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente;
- XXXII. PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função;
- XXXIII. PRIMEIROS SOCORROS:** é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência;
- XXXIV. PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados;
- XXXV. TITULAR:** a pessoa física vinculada à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia que faz adesão ao plano de saúde contratado podendo incluir os seus dependentes legais nas condições estabelecidas;
- XXXVI. TERAPIA:** são procedimentos executados por profissionais da saúde realizados como suporte ao tratamento clínico ou cirúrgico dos pacientes, que podem ser subdivididas em sessões, as quais estão sujeitas a exigência de coparticipação.
- XXXVII. UNIMED INCONFIDENTES:** é uma cooperativa de trabalho médico, criada e dirigida por médicos e regida pela Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, por seu Estatuto Social e Regimento Interno.
- XXXVIII. URGÊNCIA:** é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

**22.2.** A **CONTRATANTE** autoriza a **UNIMED INCONFIDENTES** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

**22.3.** Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, o beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da **UNIMED INCONFIDENTES** ou através dos canais de atendimento da Operadora, para a devida apuração.

**22.4.** Fazem parte deste contrato os documentos entregues à **CONTRATANTE**, incluídos: Proposta de Admissão, Guia Médico, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

**22.5.** Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, obedecidas as regras estabelecidas pela ANS para alteração de produto.

**22.6.** O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente está à inteira disposição do beneficiário na sede da **UNIMED INCONFIDENTES**, para consulta e cópia através de mídia digital.

22.7. Caso o beneficiário prefira, poderá consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), no link legislação.

22.8. A tolerância das partes de qualquer descumprimento de obrigações assumidas neste contrato não será considerada novação, renúncia ou desistência a qualquer direito, constituindo mera liberalidade, não impedindo a parte tolerante de exigir da outra parte o fiel cumprimento deste contrato, a qualquer tempo.

22.9. A **CONTRATANTE** autoriza e reconhece a utilização de assinatura deste contrato de plano de saúde, aditivos e demais documentos de contratação com certificado digital E-CNPJ/ E-CPF, dos seus representantes ou procurador (es), bem como pela **CONTRATADA**.

22.9.1. É reconhecida como válida também a assinatura eletrônica de aditivos e demais documentos de contratação, incluindo, o Termo de Adesão dos beneficiários ao presente contrato, através de plataforma utilizada pela **CONTRATADA**.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA ELEIÇÃO DE FORO

23.1. Fica eleito o Foro da Comarca da sede da **CONTRATANTE** para dirimir toda e qualquer demanda deste contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

#### DECLARAÇÃO FINAL

Na qualidade de **CONTRATANTE**, declaro:

- Que li e tomei perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas deste contrato, cujas exclusões e limitações estão de acordo com os preços estipulados.
- Que compreendi todas as condições e formas de pagamento.
- Que recebi uma cópia deste contrato, do Guia Médico, do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e do Guia de Leitura Contratual – GLC;

Ouro Preto, 27 de novembro de 2023

  
\_\_\_\_\_  
ASSUFOP

Contratante/Responsável

  
\_\_\_\_\_  
ADUFOP

Contratante/Responsável

  
\_\_\_\_\_  
SINASEFE

Contratante/Responsável



Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda  
 Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha  
 Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200  
 E-mail: [unimed@unimedinconfidentes.coop.br](mailto:unimed@unimedinconfidentes.coop.br)  
 Site: [www.unimedinconfidentes.coop.br](http://www.unimedinconfidentes.coop.br)

ANS 30.439-5  
 57/57

Em sinal de acordo a seus termos, os contratantes assinam o presente instrumento, elaborado em 02 (duas) vias de igual teor, depois de lido e achado conforme, na presença das testemunhas abaixo qualificadas, que também assinam.

Ouro Preto, 27 de novembro de 2023.

  
 \_\_\_\_\_  
**ASSUFOP**  
 Contratante/Responsável

  
 \_\_\_\_\_  
**ADUFOP**  
 Contratante/Responsável

  
 \_\_\_\_\_  
**SINASEFE**  
 Contratante/Responsável

  
 \_\_\_\_\_  
 Wilson Fernando de Oliveira Pena  
 Diretor Presidente  
 Unimed Inconfidentes

  
 \_\_\_\_\_  
 Dr. André Pereira Pinto  
 Diretor Administrativo  
 Unimed Inconfidentes

Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.  
 Contratada / Responsáveis

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF:

\_\_\_\_\_  
 Nome:  
 CPF: