

**Termo Particular de Convênio para Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia.**

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Segmentação: Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia
Abrangência: Estadual - Minas Gerais
Formação do Preço: Pré-Estabelecido
Vínculo do Beneficiário: Vínculo Empregaticio Ativo e Inativo
Padrão de Acomodação: Coletiva
Fator Moderador: Com Coparticipação

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 UNIMED João Monlevade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente Unimed João Monlevade, inscrita no CNPJ/MF sob nº 66.191.263/0001-33, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 352314 e classificada na modalidade Cooperativa Médica com sede na Rua Florianópolis, 27, bairro Carneirinhos, cidade João Monlevade, MG, CEP: 35.930-018, representada na forma de seu estatuto social.

CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DA CONVENIENTE

2.1 RAZÃO SOCIAL: CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO

NOME FANTASIA (SE HOUVER):

REPRESENTANTE LEGAL: MARLON TULIO P. COSTA

CPF: 993.261.086-00

CNPJ: 74.011.024/0001-82

INS. ESTADUAL: ISENTA

ENDEREÇO: RUA: HENRIQUETA RUBIM, 280 - BAIRRO: CENTRO

CIDADE: SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO UF: MG

CEP: 3 5 9 3 5 0 0 0

TELEFONE 1:

TELEFONE 2:

FAX:

3 8 3 3 5 2 0 2

3 8 3 3 5 2 0 2

**CLÁUSULA TERCEIRA - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

3.1 Este plano é denominado comercialmente de **UNIMED ESPECIAL EMPRESARIAL PARTICIPATIVO ESTADUAL / ENFERMARIA** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 448.738/04-9.

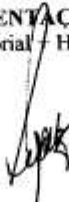
CLÁUSULA QUARTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 O tipo de contratação deste plano é Coletivo Empresarial.

4.2 O presente plano de saúde é de contratação Coletivo Empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, por relação empregaticia ou estatutária, podendo ainda ser incluídos no plano os dependentes legais e o grupo familiar nos termos da RN 195/2009 ou outra legislação que vier a substituí-la.

CLÁUSULA QUINTA - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

5.1 Este plano possui a segmentação Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Padrão: Enfermaria




Teotino Damasceno Filho
OAB/MG 69670

CLÁUSULA SEXTA - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E DE ATUAÇÃO DO PLANO

6.1 Nos termos da legislação vigente, os serviços contratados serão prestados na área de abrangência geográfica qualificada como Estadual, compreendendo **as Cooperativas Médicas que compõem o Sistema Unimed Estadual.**

6.2 A área de atuação deste plano de saúde compreende todos os Municípios do Estado de Minas Gerais.

CLÁUSULA SÉTIMA - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

7.1 O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano é coletiva, padrão enfermaria.

7.2 Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela UNIMED, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional, conforme artigo 33 da Lei 9.656/98.

7.3 Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela Conveniada, deverá arcar com a diferença de preço, conforme negociação direta com o médico ou hospital, sem qualquer responsabilidade e interferência da UNIMED, visto que, o plano é padrão enfermaria.

CLÁUSULA OITAVA - FORMAÇÃO DO PREÇO

8.1 Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial Conveniada são **pré-estabelecidos**, sendo que o pagamento do valor da contraprestação pecuniária é efetuado pela CONVENIENTE antes da utilização das coberturas Conveniadas.

CLÁUSULA NONA - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

9.1 Os atendimentos de urgência ou emergência, precisamente configurados em situação de risco de vida para o beneficiário, serão realizados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Nacional Unimed, de acordo com os recursos locais da prestadora do atendimento.

CLÁUSULA DÉCIMA - ATRIBUTOS DO TERMO PARTICULAR DE CONVÊNIO

10.1 O objeto deste Termo Particular de Convênio é a assistência à saúde, com prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, visando à cobertura médico, ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, centro de terapia intensiva ou similar, realizados exclusivamente no Brasil, para as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no Rol de Procedimentos e eventos em saúde editados pela ANS, vigente à época do evento.

10.2 O presente Termo Particular de Convênio é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

11.1 Poderão se inscrever neste plano de saúde:

- I. pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica CONVENIENTE por relação empregatícia ou estatutária;
- II. os sócios e administradores da pessoa jurídica Conveniente;
- III. os demitidos ou aposentados da pessoa jurídica Conveniente, conforme artigos 30 e 31 da Lei nº. 9.656, de 1998;
- IV. os agentes políticos;
- V. os trabalhadores temporários;
- VI. os estagiários e menores aprendizes; e
- VII. o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade e servidores públicos.

11.2 O ingresso do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular neste Termo Particular de Convênio de plano privado de assistência à saúde.




11.3 São beneficiários dependentes deste plano de saúde, aqueles com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao 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 24 anos incompletos;
- 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).

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

11.5 A CONVENIENTE no ato da contratação deverá apresentar os documentos que comprovem sua legitimidade para firmar o presente instrumento, bem como deverá comprovar a elegibilidade dos beneficiários inscritos.

11.6 A adesão ao plano das pessoas físicas vinculadas à CONVENIENTE, na condição de seu empregado e dos respectivos dependentes, será formalizada mediante assinatura do termo de adesão, cabendo ao beneficiário titular informar à CONVENIENTE a relação dos dependentes a serem inscritos no plano.

11.7 Quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano serão de responsabilidade da CONVENIENTE em repassar à UNIMED as informações respectivas.

11.8 A CONVENIENTE encaminhará à UNIMED, mensalmente, em data previamente pactuada, a relação dos novos beneficiários, que aderirem ao plano juntamente com a proposta de adesão e cópia dos respectivos documentos:

I. titular: Ficha de Registro de Empregado ou Número do Programa de Integração Social - PIS, Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Endereço atual até 90 dias de emissão (conta de luz, telefone fixo, fatura de cartão de crédito ou IPTU).

II. cônjuge: Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;

III. filhos até 17 anos: Certidão de Nascimento e/ou CPF;

IV. filhos com 18 anos ou mais: Carteira de Identidade e CPF.

11.9 A CONVENIENTE se responsabiliza, ainda a encaminhar para a UNIMED, mensalmente, em data previamente pactuada, a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano juntamente com a devolução do cartão de identificação Unimed, bem como o termo de opção pela manutenção ao plano de ex-empregados, demitidos e aposentados, dentre outras alterações de dados cadastrais de beneficiários.

11.10 Está assegurada a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto.

11.11 É assegurada a inclusão:

- I. do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que, a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, não cabendo qualquer alegação de doença ou lesão pré-existente (DLP), ou aplicação de cobertura parcial temporária (CPT) ou agravo;
- II. ultrapassado o prazo previsto no item anterior, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência;
- III. do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante;
- IV. o dependente que vier a perder a condição de dependência poderá assinar Termo Particular de Convênio em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como beneficiário dependente, aproveitando as carências já cumpridas neste Termo Particular de Convênio

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12.1 A UNIMED cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste Termo Particular de Convênio relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações

Wine Damasceno Filho
AB/MC 88870

VII. pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disfasia e afasia, disartria e anartria, apraxia, dislexia e disфония (R47.0, R47.1, R48.2, R48.0 e R49.0).

13.1.2a Para os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a VII, a cobertura obrigatória é de 6 consultas/sessões de fonoaudiologia por ano de Termo Particular de Convênio .

13.1.3 Consulta/Sessões com Terapeuta Ocupacional

Cobertura obrigatória de até 12 consultas/sessões por ano de Termo Particular de Convênio , quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F03);
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F79);
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F82, F83).

13.1.4 Consultas/Sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional

Cobertura obrigatória de até 40 consultas/sessões por ano de Termo Particular de Convênio quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F84);
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50);
- IV. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

13.1.5 Sessão de Psicoterapia

Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e nas Diretrizes de Utilização que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado. Cobertura obrigatória de até 12 sessões por ano de Termo Particular de Convênio quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F51 a F59);
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- IV. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F80, F81, F83, F88, F89);
- V. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- VI. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

13.2 Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano.

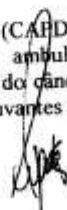
13.3 Cobertura das ações de planejamento familiar que envolve as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

13.4 Cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência de acordo com legislação específica da ANS.

13.5 Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico-assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.

13.6 Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).

13.7 Cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração




Robino Damasceno FF
R42.MC: 69870

e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico-assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde.

13.8 Cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

13.9 Cobertura dos 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:

- I. cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- II. cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – COBERTURA HOSPITALAR

14.1 A cobertura hospitalar definida e listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, compreende os atendimentos em unidade hospitalar, em regime de internação, de assistência ao parto e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, incluindo:

- I. cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados;
- II. cobertura de hospital-dia para transtornos mentais de acordo com as Diretrizes de Utilização prevista no Rol de Procedimentos e eventos em saúde vigente, observado o seguinte:

a) Atendimento/Acompanhamento em Hospital-Dia Psiquiátrico

1. cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

1.1 paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 e F14).

1.2 paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29).

1.3 paciente portador de transtornos do humor (episódio maniaco e transtorno bipolar do humor - CID F30 e F31).

1.4 paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

14.2 Entende-se como hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, com vistas a substituir a internação convencional, e proporcionar ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

14.3 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.

14.4 Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões autoinfligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

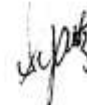
14.5 A assistência para os procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, se dará a critério do médico-assistente.

14.6 Cobertura de transplantes autólogos, alogênicos, de córnea e rim listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

- I. as despesas assistenciais com doadores vivos;
- II. os medicamentos utilizados durante a internação;
- III. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
- IV. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

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

14.8 Os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

14.9 As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

14.10 Cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico-assistente

14.11 Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

- I. 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;
- II. o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela UNIMED, 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;
- III. em caso de divergência entre o profissional requisitante e a UNIMED, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela UNIMED.

14.12 Cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

- I. acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos;
- II. acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

14.13 - Cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

14.14 - Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde serão cobertos, quando solicitados pelo médico-assistente, de 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.

14.15 Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:

- I. 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, assegurar as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- II. 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.

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

- I. hemodíalise e diálise peritoneal (CAPD);
- II. quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- III. procedimentos radioterápicos como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- IV. pempterapia;
- V. nutrição parenteral ou enteral;

Teofino Damasceno Filho
OAB/MC 69870

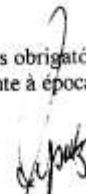
- VI. procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- VII. embolizações conforme definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- VIII. radiologia intervencionista;
- IX. exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- X. procedimentos de reeducação e reabilitação física conforme definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
- XI. acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
- 14.17 Cobertura de Internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico-assistente.
- 14.18 Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente e para o acompanhante de paciente menor de 18 (dezoito) anos e maior de 60 (sessenta) anos, bem como para os portadores de necessidades especiais.
- 14.19 Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico-assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.
- 14.20 Cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados.
- 14.21 Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos neste Termo Particular de Convênio, em território brasileiro.
- 14.22 Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização técnica de tratamento de câncer.
- 14.23 Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.
- 14.24 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 Convênidas, prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 14.25 Os procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura deste Termo Particular de Convênio, 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 UNIMED.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - COBERTURA OBSTÉTRICA

- 15.1 A cobertura obstétrica compreende os procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério e inclui:
- I. cobertura das despesas, conforme indicação do médico-assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108/2005, ou outra que venha substituí-la;
 - II. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;
 - III. opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção;
 - IV. entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.
- 15.2 Para fins de cobertura do parto normal, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 16.1 Em conformidade com o previsto na Lei nº. 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias 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 de cobertura do Plano:

- I. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:
 - a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); ou
 - c) cujas indicações não constem da 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 espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- 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 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; e
- XI. estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XII. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais;
- XIII. consultas domiciliares;
- XIV. atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste Termo Particular de Convênio ;
- 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. os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessário a 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 menor de 18 anos e maior 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 Termo Particular de Convênio ;
- XX. procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência Conveniada , bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou serviços não credenciados pela UNIMED, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente, reembolsados na forma e termos previstos neste Termo Particular de Convênio ;
- XXI. enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XXII. aplicação de vacinas;




Teófilo Damasceno Filho
OAB/MG 69870

- 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. remoção domiciliar;
- XXVII. transplantes, exceto os de córnea e rim e os transplantes autólogos e alogênicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento;
- XXVIII. tratamentos em SPA e casas sociais;
- XXIX. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
- XXX. investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade;
- XXXI. procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento; e
- XXXII. especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

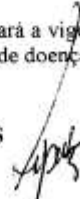
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DURAÇÃO DO TERMO PARTICULAR DE CONVÊNIO

- 17.1 A vigência mínima deste Termo Particular de Convênio é de 12 meses.
- 17.2 A data do início da vigência é a data de assinatura do Termo Particular de Convênio, para efeito de reajuste anual.
- 17.3 O início da vigência poderá ser negociado com a CONVENIENTE, desde que, até este momento não seja feito nenhum pagamento à Unimed.
- 17.4 Este Termo Particular de Convênio se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não manifestar, contrariamente, com antecedência de 60 (sessenta) dias ao término do período de vigência mínima, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 18.1 As carências explicitadas neste Termo Particular de Convênio são as seguintes:
- 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;**
- 30 (trinta) dias para consultas e exames básicos de diagnósticos e terapia e acupuntura;**
- 120 (cento e vinte) dias para cirurgias ambulatoriais;**
- 180 (cento e oitenta) dias para demais cirurgias;**
- 180 (cento e oitenta) dias para exames especiais de diagnóstico e terapia;**
- 180 (cento e oitenta) dias para diálise, hemodiálise e fisioterapia;**
- 180 (cento e oitenta) dias para internações;**
- 180 (cento e oitenta) dias, para os demais procedimentos;**
- 300 (trezentos) dias para partos a termo.**
- 18.2 Mediante acordo firmado entre as partes, as carências poderão ser negociadas para prazos inferiores ao estipulado acima, e, constarão na proposta de admissão parte integrante deste Termo Particular de Convênio.
- 18.3 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Termo Particular de Convênio.
- 18.4 Para as adesões posteriores à assinatura do Termo Particular de Convênio, a contagem do prazo de carência se iniciará na data de assinatura da Proposta de Admissão pelo beneficiário.
- 18.5 Quando o número de beneficiários inscritos neste Termo Particular de Convênio for igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários, não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Termo Particular de Convênio e não haverá cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões pré-existentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependent(e)s em até 30 (trinta) dias da celebração do Termo Particular de Convênio coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica Conveniente.
- 18.6 Se houver redução do número de beneficiários para menos 30 (trinta) participantes voltará a vigorar a exigência de carência e cumprimento de cobertura parcial temporária, ou agravo nos casos de doenças e lesões pré-existentes para as novas adesões de beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

19.2 Doença e Lesão Pré-existente é aquela da qual o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

19.3 O beneficiário deverá informar à UNIMED, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio do preenchimento da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões pré-existentes à época do ingresso e/ou adesão ao presente Termo Particular de Convênio, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do Termo Particular de Convênio, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

19.4 Ao ser declarada pelo beneficiário a existência de doença e lesão pré-existente a Unimed oferecerá obrigatoriamente a Cobertura Parcial Temporária (CPT), sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT.

19.5 Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo beneficiário.

19.6 Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão pré-existente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a UNIMED deverá comunicar imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

19.7 Instaurado o processo administrativo na ANS, a UNIMED não poderá, sob qualquer alegação, determinar a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de Termo Particular de Convênio, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo.

19.8 É vedada a alegação de omissão de informação de doença ou lesão pré-existente (DLP) quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela UNIMED, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

19.9 Para o Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários igual ou maior que 30 (trinta) participantes, não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de doença e lesão pré-existente desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do Termo Particular de Convênio coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica Conveniente.

19.10 Para o Plano Coletivo Empresarial com número de beneficiários menor que 30 (trinta), haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de doença e lesão pré-existente.

19.11 Para informar a existência de doenças e lesões pré-existentes, o Beneficiário Titular e/ou dependente preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

19.12 O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela UNIMED, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

19.14 O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador, 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.

19.15 Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a UNIMED oferecerá a cobertura parcial temporária, e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do agravo.

19.16 Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Conveniada, para a doença ou lesão pré-existente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a UNIMED e o beneficiário.

Teolino Damasceno Filho
NABAMG 69870

19.17 Na hipótese de Cobertura Parcial Temporária, a UNIMED somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando esses estiverem relacionados diretamente à doença ou lesão pré-existente do beneficiário.

19.18 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.

19.19 É vedada à UNIMED a alegação de doença ou lesão pré-existente, decorridos 24 meses da data da celebração do Termo Particular de Convênio ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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

19.21 O agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa ao percentual ou ao valor do agravo e a seu período de vigência.

19.22 Na instauração do processo administrativo na ANS, a UNIMED caberá o ônus da prova.

19.23 A UNIMED 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 pré-existente.

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

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

19.26 Após julgamento e acolhida a alegação da UNIMED 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 pré-existente, desde a data da efetiva comunicação da constatação pela UNIMED, e se for o caso, poderá ser excluído do Termo Particular de Convênio.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

20.1 É obrigatória por parte da UNIMED a cobertura, do atendimento nos casos de:

- I. urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; e
- II. emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico-assistente.

20.2 Nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia ou procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças ou lesões pré-existentes a cobertura será prestada por 12 (doze) horas ou, caso surja a necessidade de internação, por período inferior.

20.3 DA REMOÇÃO

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

- I. para outra unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico-assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente; e
- II. para uma unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando houver o limite de 12 (doze) horas de atendimento, nas hipóteses citadas acima, e este for atingido ou surgir a necessidade de internação.

20.4 DA REMOÇÃO PARA O SUS:

20.4.1 A Unimed caberá 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.

20.4.2 Quando não puder haver remoção por risco de vida, a CONVENIENTE e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Unimed desse ônus.

20.4.3 A Unimed deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.




20.4.4 Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a CONVENIADA desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

20.5 DO REEMBOLSO

20.5.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

20.5.2 O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à UNIMED os seguintes documentos:

- a) relatório do médico-assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação Unimed, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
- b) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- c) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- d) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico-assistente, e exame anátomo patológico decorrente de procedimentos cirúrgicos.

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

20.5.4 O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento, caso não seja requerido o reembolso junto à Unimed.

20.5.5 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela UNIMED, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA PRIMEIRA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

21.2 Este plano prevê a cobrança de coparticipação na despesa assistencial a ser paga pela CONVENIENTE diretamente à UNIMED, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

21.3 Os valores referentes à coparticipação estão de acordo com o normativo editado pela ANS vigente à época da contratação do plano.

21.4 Os valores de coparticipação serão diferenciados em função de cada procedimento realizado.

21.5 Será de responsabilidade da CONVENIENTE o pagamento dos valores de coparticipações que serão cobradas através de boleto bancário, após a realização de procedimentos pelos beneficiários.

21.6 Haverá cobrança de coparticipação, por evento, definida em valor ou percentual para cada procedimento, conforme a seguir:

Procedimentos	Coparticipação
Consultas Clínicas, Cirúrgicas e Obstétricas	R\$ 19,00
Consultas Psiquiátricas	R\$ 19,00
Consultas / Sessões realizadas por outros profissionais da área de saúde (Fonoaudiólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Terapia Ocupacional).	R\$ 19,00
Exames Básicos	R\$ 5,00
Exames Especiais	R\$ 45,00
Hemodiálise e Diálise Peritoneal CAPD	20%
Quimioterapia Ambulatorial	20%
Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia, etc)	20%

Teotino Damasceno Filho
CAB/MG 69870

Hemoterapia Ambulatorial	20%
Cirurgias Oftalmológicas Ambulatoriais	00%
Tratamento Psicoterápico	20%
Tratamentos Ambulatoriais	R\$ 45,00
Remoções	00%
Fisioterapia	R\$ 5,00
Internações Psiquiátricas	30%

21.7 Nas internações psiquiátricas a coparticipação será de 30% (trinta por cento), observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes à época do evento, essa, entretanto, só poderá ser aplicada, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 1 (um) ano de Termo Particular de Convênio.

21.8 A UNIMED fornecerá aos beneficiários o cartão individual de identificação referente ao plano contratado, com descrição de suas características, inclusive, prazo de validade e indicação de CPT, o que assegurará a fruição dos direitos e vantagens deste Termo Particular de Convênio, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, podendo, sempre que necessário, a UNIMED adotar novo sistema operacional para melhor atendimento.

21.9 É obrigação da CONVENIENTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste Termo Particular de Convênio, ou ainda de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela UNIMED, respondendo, sempre sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de quaisquer responsabilidades à UNIMED, a partir da exclusão do beneficiário, rescisão, resolução ou resilição do presente Termo Particular de Convênio.

21.10 Considerar-se-á uso indevido para obter atendimento assistencial previsto neste Termo Particular de Convênio, a utilização do cartão de identificação ou de outro documento, pelos beneficiários que perderam sua condição de beneficiário por exclusão ou término do Termo Particular de Convênio, ou em qualquer hipótese, ou por empréstimo do cartão a terceiro que não seja beneficiário.

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

21.12 Ocorrendo à perda ou extravio do Cartão Individual de Identificação, o beneficiário titular deverá comunicar o fato à UNIMED, por escrito, para cancelamento, ou quando for o caso, emissão de segunda via mediante pagamento da taxa para emissão desta segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela UNIMED.

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

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

21.15 Somente terão direito aos serviços, ora contratados os beneficiários regularmente inscritos na UNIMED.

21.16 Caberá à CONVENIENTE a responsabilidade de solicitar a suspensão e/ou exclusão de beneficiários.

21.17 A Unimed somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da CONVENIENTE nos casos de fraude ou perda do vínculo do titular com a CONVENIENTE, ou de dependência, à exceção dos demitidos e aposentados.

21.18 A UNIMED assegurará aos beneficiários inscritos a prestação dos serviços médico-hospitalares através de seus médicos cooperados e serviços credenciados, pertencentes ao plano adquirido, cujos nomes, endereços, telefones, informações e orientações encontrando-se no Guia Médico.

21.19 Será distribuído ao beneficiário o Guia Médico, com a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, a relação das Unimeds que, igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da Unimed na Internet: www.unimedjm.com.br.




21.20 As atualizações do **Guia Médico** estarão disponíveis ao beneficiário na sede da UNIMED, através do serviço de atendimento e no portal da Unimed www.unimedjm.com.br.

21.21 Os serviços previstos neste Termo Particular de Convênio poderão ser realizados por todas as UNIMEDS localizadas na área geográfica de abrangência do plano ora contratado, pelo sistema de intercâmbio UNIMED.

21.22 As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constante do **Guia Médico**.

21.23 Os serviços de apoio/diagnósticos, tratamentos e todos os demais procedimentos ambulatoriais serão prestados pela UNIMED através da rede própria ou Conveniada, 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 Conveniada.

21.24 A UNIMED assegurará aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, exames auxiliares de apoio/diagnóstico e terapia, obedecidas as determinações deste Termo Particular de Convênio, especificadas a seguir:

I. consultas e sessões: serão realizados nos consultórios de cooperados ou credenciados escolhidos pelo beneficiário dentre a rede de prestadores, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

II. atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, ressalvados os casos de urgência ou de emergência;

III. exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciados, mediante solicitação, ressalvados os casos de urgência ou de emergência.

21.25 O beneficiário deverá requerer à UNIMED a emissão da autorização prévia para efetivação dos procedimentos, com os profissionais 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, exames radiológicos, exames e testes alergológicos, exames e testes oftalmológicos, exames e testes otorrinolaringológicos.

21.26 A autorização prévia será obtida na sede da UNIMED, conforme seu cartão de identificação/Unimed. A emissão da resposta à solicitação de autorização do procedimento, será emitida pela UNIMED no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

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

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

21.29 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.

21.30 O prazo de internação será fixado pelo médico-assistente e, em caso de omissão, a UNIMED fixará o prazo que constará da guia expedida, podendo este prazo ser prorrogado de acordo com solicitação do médico-assistente.

21.31 A UNIMED não se responsabilizará por quaisquer acordos ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades Conveniadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma a UNIMED não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste Termo Particular de Convênio.

21.32 A UNIMED reserva-se o direito de exigir pericia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico cooperado e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da UNIMED.

UNIMED
ABIMG 60870

21.33 A UNIMED reserva-se o direito de rescindir o Termo Particular de Convênio 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, observados os trâmites legais, conforme art.17 da Lei 9.656/98.

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

21.35 Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da UNIMED durante período de internação do beneficiário, o hospital obriga-se a manter a internação e a UNIMED, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico.

21.36 Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, a UNIMED arcará com a responsabilidade pela transferência do beneficiário internado para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

21.37 Em caso de redimensionamento da rede hospitalar deste plano, por redução, será promovido após autorização prévia da ANS e posteriormente será comunicado aos beneficiários e à CONVENIENTE.

21.38 Em conformidade com o disposto na RN 195/2009, a UNIMED deverá, na contratação e na inclusão de beneficiários titulares a este plano, entregar a CONVENIENTE o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA SEGUNDA - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

22.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 100/05 da ANS.

22.2 Por ser um plano coletivo empresarial, o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica Conveniente, junto à UNIMED, à exceção dos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98).

22.3 A CONVENIENTE obriga-se a pagar à UNIMED os valores relacionados na Proposta de Admissão, por cada beneficiário, para efeito de **inscrição, mensalidade e coparticipação**, através da emissão de fatura, conforme número e faixa etária de beneficiários inscritos no plano.

22.4 As faturas emitidas pela UNIMED serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários enviada pela CONVENIENTE.

22.5 Para cobrança do valor de mensalidade e valores de coparticipação, inclusive em virtude de internação psiquiátrica, a UNIMED enviará à CONVENIENTE fatura/nota fiscal com a cobrança, ficando reservado o direito à UNIMED adotar outra forma de pagamento que melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

22.6 As mensalidades e demais valores de responsabilidade da CONVENIENTE serão pagas nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, e de acordo com a Proposta de Admissão.

22.7 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.

22.8 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência deste Termo Particular de Convênio.

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

22.10 Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Termo Particular de Convênio e aqueles a este já vinculados.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA TERCEIRA - REAJUSTE

23.1 Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Termo Particular de Convênio.

23.2 Havendo desequilíbrio econômico-atuarial do Termo Particular de Convênio, demonstrado em planilha, anualmente, haverá o reajuste por sinistralidade do valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões a este Termo Particular de Convênio.

23.2.1 Para o cálculo da sinistralidade da carteira será adotado por base a proporção entre as despesas e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Termo Particular de Convênio.

23.3 Não havendo desequilíbrio econômico-atuarial do Termo Particular de Convênio, anualmente, haverá o reajuste do valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões a este Termo Particular de Convênio, de acordo com a variação positiva do Índice Geral de Preços Saúde (IGP-S), e na falta deste, Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M), divulgados pela Fundação Getúlio Vargas, que será apurado no período de 12 meses consecutivos e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Termo Particular de Convênio.

23.4 Os valores relativos à taxa de inscrição e da coparticipação serão reajustados de acordo com negociação entre as partes.

23.5 Este Termo Particular de Convênio somente sofrerá reajuste na periodicidade de 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária e migração.

23.6 Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do Termo Particular de Convênio, entendendo-se esta como data base única.

23.7 Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro deste plano e Termo Particular de Convênio.

23.8 No caso da legislação autorizar reajuste em período inferior a 12 (doze) meses a UNIMED adotará este novo período de reajuste.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA QUARTA - FAIXAS ETÁRIAS

24.1 A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, 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:

24.2 Faixas Etárias

Faixa	Faixa Etária	Varição Percentual
1º	Até 18 (dezoito) anos de idade	Zero
2º	De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	64%
3º	De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	15%
4º	De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	18%
5º	De 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	3%
6º	De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	12%
7º	De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	0%
8º	De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	22%
9º	De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	7%
10º	De 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	63%

24.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do Termo Particular de Convênio.

24.4 Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor fixado para última faixa não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária.

24.5 A variação acumulada entre a 7ª (sétima) e a 10ª (décima) faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª (primeira) e 7ª (sétima) faixas.

24.6 A variação do preço em razão da mudança de faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário, desta forma os

Wilton Lantieri Neto F.
AB/IMG 6987

beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste Termo Particular de Convênio.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA QUINTA - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

25.1 Entende-se como plano de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

25.2 O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em até 30 (trinta) dias da celebração deste Termo Particular de Convênio ou de sua vinculação a pessoa jurídica Conveniente.

25.3 Direito de permanência no plano de saúde do demitido sem justa causa:

25.3.1 É assegurado ao beneficiário titular que **contribuir** para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do Termo Particular de Convênio de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Termo Particular de Convênio de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/98 e deste Termo Particular de Convênio.

25.3.2 Não é considerada contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.

25.3.3 O exonerado ou demitido deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.

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

25.3.5 Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, nos termos do no art. 30 da Lei 9.656/98 e deste Termo Particular de Convênio.

25.3.6 O direito assegurado ao beneficiário demitido, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

25.3.7 A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular demitido em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED.

25.4 Direito de permanência no plano de saúde para o aposentado:

25.4.1 É assegurado ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Termo Particular de Convênio de trabalho, desde que assuma junto à UNIMED o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98).

25.4.2 Não é considerado contribuição o pagamento de coparticipação pelo beneficiário.

25.4.3 O aposentado deverá optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o seu desligamento da empresa.

25.4.4 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário titular e dos beneficiários dependentes a ele vinculados à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

25.4.5 Em caso de morte do titular aposentado, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência à saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes, desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, conforme for o caso.

25.4.6 O direito assegurado ao beneficiário aposentado, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

25.4.7 A condição de beneficiário assegurada deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular aposentado, em outro emprego, ficando sob sua responsabilidade a comunicação do fato à UNIMED.



25.4.8 O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste Termo Particular de Convênio, caso deixe de efetuar o pagamento das prestações de sua responsabilidade, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Termo Particular de Convênio, após notificação prévia que se dará até o 50º (quingüagésimo) dia de inadimplência, poderá ser **excluído do plano** sem prejuízo do direito de a UNIMED requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

25.5 Oferecimento do Plano Individual/Familiar:

25.5.1 No caso de cancelamento deste Termo Particular de Convênio pela empresa Conveniente, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do Termo Particular de Convênio, por ingressar em um Plano Individual ou Familiar da UNIMED, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- I. a UNIMED disponha de um Plano Individual ou Familiar;
- II. o beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.

25.5.2 O valor da contraprestação pecuniária corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao Plano Individual Familiar.

25.5.3 Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

25.5.4 Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no Plano Coletivo Cancelado.

25.5.5 É de responsabilidade da CONVENIENTE informar ao empregado sobre o cancelamento do Termo Particular de Convênio, em tempo hábil, para opção do empregado ao Plano Individual Familiar no prazo estabelecido.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA SEXTA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

26.1 Caberá à CONVENIENTE solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários do plano.

26.2 A UNIMED somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem anuência da CONVENIENTE nas seguintes hipóteses:

- I. fraude;
- II. por perda dos vínculos do beneficiário titular com a CONVENIENTE, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, os demitidos e aposentados.

26.3 Nos casos de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente para os Termos Particular de Convênio s com menos de 30 (trinta) vidas será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente

26.4 Cessarão as coberturas do Plano para o beneficiário titular:

- I. quando a CONVENIENTE solicitar por escrito sua exclusão;
- II. quando perder o vínculo com a CONVENIENTE, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa prevista neste TERMO PARTICULAR DE CONVÊNIO;
- III. quando vier a falecer, após a comunicação do fato à UNIMED pela CONVENIENTE;
- IV. por fraude ao plano.

26.5 Cessarão as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente:

- I. quando a CONVENIENTE 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.

26.6 O beneficiário perderá a condição de titular, sendo excluído deste Termo Particular de Convênio, inclusive seus respectivos dependentes, quando for extinto seu vínculo com a CONVENIENTE.

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

26.8 As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela CONVENIENTE, por escrito ou meio magnético, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia de exclusão.

Teotônio Damasceno Filho
OAB/AMC 69870

CLÁUSULA VIGÉSSIMA SÉTIMA - RESCISÃO E SUSPENSÃO

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

27.2 Antes do término do prazo mínimo de 12(doze) meses de vigência do Termo Particular de Convênio é facultado à CONVENIENTE denunciar o Termo Particular de Convênio , mediante comunicação escrita e protocolada na UNIMED, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

27.3 Caso a CONVENIENTE manifeste intenção de rescindir o presente Termo Particular de Convênio , antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses de vigência contratual, ficará sujeita ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas, de acordo com o número de beneficiários inscritos no plano, e que seriam devidas até o término do citado prazo, a título de patamar mínimo de perdas e danos, ressalvado o direito da UNIMED de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.

27.4 Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Termo Particular de Convênio .

27.5 O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONVENIENTE , por um período superior a 30 (trinta) dias, implica a suspensão da cobertura assistencial até que a CONVENIENTE efetue o pagamento devido à UNIMED.

27.6 A não concordância por parte da CONVENIENTE com o índice de reajuste anual, do Termo Particular de Convênio poderá implicar a rescisão deste Termo Particular de Convênio .

27.7 Sem prejuízo das penalidades legais, o Termo Particular de Convênio será rescindido, antes de 12 meses, mediante prévia notificação, com prazo determinado para cumprimento das normas legais, nas seguintes situações:

I. prática de fraude comprovada;

II. inadimplência da CONVENIENTE por período superior a 60 (sessenta) dias, com notificação à CONVENIENTE , sem prejuízo do direito da UNIMED de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas conseqüências moratórias;

III. descumprimento da CONVENIENTE às cláusulas e condições deste Termo Particular de Convênio

IV. falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.

27.8 É de responsabilidade da CONVENIENTE , no caso de rescisão deste Termo Particular de Convênio , recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação UNIMED.

27.9 A UNIMED reserva-se o direito de cobrar da CONVENIENTE , 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 Termo Particular de Convênio , restando-se cessadas as responsabilidades da UNIMED.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA OITAVA - DISPOSIÇÕES GERAIS

Para efeito deste Termo Particular de Convênio são adotadas as seguintes definições:

28.1 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.

28.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (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.

28.3 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 Conveniada , para a doença ou lesão pré-existente declarada.

28.4 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde Conveniada s pelo beneficiário.

28.5 ATENDIMENTO ELETIVO: termo usado para designar os atendimentos médicos que podem ser programados, ou seja, que não são considerados de urgência e emergência.



28.6 ATENDIMENTO OBSTÉTRICO: todo atendimento prestado à gestante, em decorrência da gravidez, parto, aborto e suas consequências.

28.7 BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em Termo Particular de Convênio ou regulamento.

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

28.9 CARÊNCIA: o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Termo Particular de Convênio, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas Conveniadas.

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

28.11 COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao Plano Privado de Assistência à Saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões pré-existentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.

28.12 COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pela CONVENIENTE diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

28.14 COMPLICAÇÕES NO PROCESSO GESTACIONAL: alterações patológicas durante a gestação, como, por exemplo, gravidez tubária, eclampsia, parto prematuro, diabetes e abortamento.

28.15 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 nº 9.656/98;

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

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

28.18 DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE: 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.

28.19 DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

28.20 EMERGÊNCIA: é o evento que implica no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico-assistente.

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

28.22 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; (l) teste ergométrico.

28.23 FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

28.24 HOSPITAL-DIA: atendimento hospitalar que não requer pernoite em leito hospitalar, não correspondendo, portanto, a uma diária convencional;

28.25 HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: hospital pertencente ao Sistema UNIMED, que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela UNIMED.

28.26 MÉDICO-ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

28.27 MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pela Conveniente à operadora.

Roberto Damasceno Filho
2481MG 69870

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

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

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

28.31 PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

28.32 URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

28.33 A CONVENIENTE autoriza a UNIMED a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

28.34 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste Termo Particular de Convênio, o beneficiário deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da UNIMED, para a devida apuração.

28.35 Fazem parte deste Termo Particular de Convênio os documentos entregues à CONVENIENTE, incluídos: proposta de admissão, declaração de saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

28.36 Este Termo Particular de Convênio 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.

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

28.38 Caso o beneficiário prefira, também poderá consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

CLÁUSULA VIGÉSSIMA NONA - ELEIÇÃO DE FORO

29.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Domicílio da Conveniente para dirimir toda e qualquer demanda deste Termo Particular de Convênio, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

João Monlevade, 06 de novembro de 2011.



CONVENIENTE



UNIMED JOÃO MONLEVADE

Dr. Wagner Pessoa Arthuzo
Diretor Administrativo
UNIMED - J.Mde.

Testemunhas:

1º 

2º _____

