

Guia Leitura Contratual
UNIMED BH

Este instrumento não substitui, modifica, ou altera qualquer cláusula constante na Proposta de Adesão Coletiva ou qualquer outro contrato anteriormente assinado pelo associado Vital AISPEMG que seja cliente da Unimed, através do contrato coletivo de Adesão. Para esclarecimentos de qualquer dúvida, o contrato entre Vital AISPEMG e a Unimed encontra-se ao dispor do associado beneficiário do plano, na sede da associação.

O presente instrumento tem por objeto a orientação do associado beneficiário da **assistência médica hospitalar para melhor utilização** com cobertura para procedimentos ambulatoriais, hospitalares com obstetrícia e exames complementares, visando a prevenção da doença e a recuperação da saúde, **com cobrança de coparticipação em consultas, exames, terapias, procedimentos, tratamentos e internações, inclusive psiquiátrica**, aos beneficiários regularmente inscritos, para a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, visando à cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento. Integram este instrumento para todos os efeitos de direito, a **Proposta de Admissão que** é o documento que especifica as condições comerciais pactuadas entre as partes. A **Lista de hospitais e serviços de tabela própria e/ou de alto custo**, que elenca os hospitais, clínicas e laboratórios que não compõem a rede assistencial integrante do presente plano o **Anexo I**, lista de eventos disponibilizada no site www.unimedbh.com.br (“Espaço do Cliente”), para conferência destes e seus grupos e subgrupos

DEFINIÇÕES

Para os efeitos deste documento, são adotadas as seguintes definições:

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

ACIDENTE DO TRABALHO: é qualquer intercorrência com o beneficiário em seu ambiente de trabalho ou do trajeto pra casa e vice-versa.

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

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DA OPERADORA: é a área de atuação da operadora, definida em contrato.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO: é a área de atuação do plano, definida em contrato, dentro da qual o beneficiário poderá utilizar os serviços contratados.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório ou em ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de

diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas ou serviços como unidade de terapia intensiva e similares, conforme as exigências e detalhamento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

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

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

BENEFICIÁRIO TITULAR: para efeito deste contrato, é beneficiário titular aquele vinculado à pessoa jurídica contratante de caráter profissional, classista ou setorial, nos termos de regulamentação competente editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: é aquele vinculado ao beneficiário titular conforme previsto contratualmente.

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

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

COPARTICIPAÇÃO: é o montante definido contratualmente (fator de moderação), em termos fixos ou percentuais, que o **CONTRATANTE ou o beneficiário, nos casos permitidos por Lei**, deve pagar para a operadora referente a realização de cada evento (consultas em pronto atendimento ou consultório), exames reduzidos ou diferenciados, tratamentos, procedimentos reduzidos ou diferenciados e internações hospitalares, em hospital dia e psiquiátrica), conforme especificado neste contrato e na Proposta de Admissão, compondo as obrigações financeiras exigíveis do **CONTRATANTE ou do beneficiário**, nos casos permitidos por Lei, para a manutenção da contratação.

COPARTICIPAÇÃO DIFERENCIADA: determinado subgrupo de eventos sujeitos — cada um deles — a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação disponíveis no site www.unlmedbh.com.br, “Espaço Empresa”, Anexo 1.

COPARTICIPAÇÃO REDUZIDA: determinado subgrupo de eventos sujeitos — cada um deles — a determinado valor de coparticipação, estando a listagem de eventos e sua classificação estão disponíveis no site www.unimedbh.com.br, “Espaço Empresa”, Anexo I.

CONSULTA: compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não no período de tempo).

CONTRATO AGREGADO AO AGRUPAMENTO: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários menos de 30 (trinta), conforme legislação regulatória vigente.

CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, conforme definido da regulamentação competente editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

CONTRATADA: é a **UNIMED-BH**, qualificada na Proposta de Admissão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados e credenciados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento e da legislação específica vigente, por meio de seus médicos cooperados e credenciados, que utilizarão rede própria ou por eia contratada.

CUSTO OPERACIONAL: é a denominação genérica do pagamento efetuado após a prestação dos serviços de assistência à saúde, cujo valor é aferido através do preço total do procedimento contido na Tabela de Referência da UNIMED-BH acrescido do percentual informado na Proposta de Admissão. **DIRETRIZES CLÍNICAS (DC):** São orientações científicas aos profissionais de saúde sobre condução de alguns procedimentos.

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

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

EXAME: é o procedimento complementar ao atendimento médico, solicitado por este quando pertinente, com objetivo de auxiliar na investigação diagnóstica e condução do tratamento do beneficiário. Os que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupados em reduzidos e, ao contrário, os que necessitam, são sub agrupados em diferenciados.

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

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

GUIA MÉDICO DO PLANO CONTRATADO: é a relação de prestadores de serviços de saúde e cooperativas que compõem o Sistema Unimed, disponibilizados ao beneficiário do plano de saúde -que deve ser entendida de acordo com a abrangência geográfica do plano contratado – que está publicada no site www.unirnedbh.com.br e é atualizada periodicamente, conforme modificação da rede. **HOSPITAL-DIA:** é aquele regime de internação próprio para a realização de qualquer procedimento médico que não requeira internação por período superior a 12 (doze) horas em leito hospitalar, salvo os casos que venham a exigir a manutenção do paciente no hospital. Tais casos deverão ser justificados pelo médico assistente por escrito e tão somente neles aplicar-se-á o estabelecido para internações comuns.

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.

HOSPITAIS E SERVIÇOS DE TABELA PRÓPRIA: 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.** **INTERCÂMBIO:** É o acordo operacional entre as Unimed's, regulamentado através do Manual de Intercâmbio Nacional, que permite a prestação de serviços médicos e hospitalares a clientes de uma Cooperativa por outra. Todo o processo respeita a estrutura física, oferta de prestadores/cooperados e forma de atendimento de cada singular.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: situação que requer o pernoite do beneficiário no estabelecimento hospitalar, sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de procedimento médico.

MÉDICO ASSISTENTE: na qualidade de médico cooperado ou credenciado da **UNIMED-BH**, é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e responsável pelo acompanhamento clínico do beneficiário, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e pela conduta realizados.

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

MÉDICO CREDENCIADO: médico pertencente à lista de profissionais credenciados pela **UNIMED-B**

ORTESE: qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou moção não requeiram à realização de ato cirúrgico.

PÓS-PARTO IMEDIATO: Nos termos da Resolução Normativa nº-338 da ANS, entende-se por pós-parto imediato como as primeiras 48 horas após o parto.

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

REDE AMPLA DE ATENDIMENTO: compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Ampla. **REDE PREFERENCIAL DE ATENDIMENTO:** compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Preferencial.

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

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência a saúde de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico,

PÓS-PARTO IMEDIATO: Nos termos da Resolução Normativa nº-338 da ANS, entende-se por pós-parto imediato como as primeiras 48 horas após o parto.

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

PROPOSTA DE ADMISSÃO: é o documento, parte integrante deste instrumento, a ser preenchido pelo **CONTRATANTE**, que expressa a constituição jurídica das partes

e especifica as condições comerciais do contrato. Nele o proponente manifesta e firma a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais do produto que está adquirindo.

PRÓTESE: é qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

REDE AMPLA DE ATENDIMENTO: compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Ampla. **REDE PREFERENCIAL DE ATENDIMENTO:** compreende os prestadores de serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos no guia médico Rede Preferencial.

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

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência a saúde de acordo com a segmentação contratada.

SISTEMA UNIMED: o conjunto de todas as UNIMED, cooperativas de trabalho médico,

TABELA DE REFERÊNCIA: é uma lista referencial de eventos (consultas, exames/terapias, procedimentos, internação e tratamentos) para a cobertura do presente instrumento e seus respectivos custos médios. A tabela conterá os grupos e subgrupos de acordo com as suas características, continente dos valores financeiros de cada um deles e um limite máximo (teto), a fim de que a coparticipação percentual estabelecida na Proposta de Admissão possa ser reduzida a sua representação financeira (incidência do percentual sobre o valor do procedimento nela referenciado, limitado a um valor máximo – teto), podendo os valores finais serem verificados, pelo beneficiário no contrato com a operadora, que está a disposição na Associação.

TERAPIAS: 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. As que não necessitam de estrutura ou aparelhagem mais complexa são sub agrupadas em reduzidas e, ao contrário, as que necessitam, são sub agrupadas em diferenciadas.

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

LOCAL DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços ora contratados serão prestados pela **UNIMEDBH** dentro de sua área geográfica de abrangência, compreendida pelos municípios de **Baldim, Barão de Cocais, Betim, Belo Horizonte, Brumadinho, Caeté, Capim Branco, Catas Altas,**

Conceição do Mato dentro, Confins, Contagem, Esmeraldas, Igarapé, Jaboticatubas, Juatuba, Lagoa Santa, Mário Campos, Matozinhos, Nova Lima, Nova União, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana do Riacho, São Joaquim de Bicas, São José da Lapa, Sarzedo, Taquaraçu de Minas e Vespasiano, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e rede assistencial, conforme guia médico do plano contratado, disponível no site www.unimeclbh.com.br.

Em caso de urgência e emergência, os serviços ora contratados serão prestados por todas as cooperativas médicas que integram o Sistema Unimed, de acordo com:

1. a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
2. a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed's;
3. normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;

Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do Sistema Unimed, os hospitais e os serviços de tabela própria etou de alto custo, relacionados na “Lista de hospitais e serviços de tabela própria etou de alto custo” (disponível em www.unimedbh.com.br, estão excluídos da cobertura deste.

3.3.1. A UNIMEDBH poderá, a qualquer momento, promover inclusões e exclusões no Item anterior disponibilizandoaos CONTRATANTES pelo Portal www.unimedbh.com.br.

A relação atualizada dos hospitais credenciados pelo Sistema Unimed estará à disposição dos beneficiários, a qualquer tempo, junto aos portais www.unimedbh.com.br (rede direta) e da www.unimed.coop.br (rede indireta)

BENEFICIÁRIOS

É assegurada ainda as seguintes condições aos beneficiários:

1. Inscrição do **recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e preexistência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias

- após o nascimento ou adoção, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia;
2. B) se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;
 3. C) inscrição do **filho adotivo, menor de 12 (doze) anos**, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o deferimento da adoção, independentemente da segmentação contratada;
 4. D) se o beneficiário titular (pai ou mãe) não tiver cumprido o prazo de carência de pelo menos 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao filho adotivo menor de 12 anos seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário titular;
 5. E) cobertura assistencial, ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, quando a segmentação contratada for hospitalar com obstetrícia.

COBERTURAS

8. A UNIMED-BH cobrirá os custos das coberturas assistenciais, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9656/1998) que estejam vinculadas com a cobertura obrigatória do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em conformidade com: **os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato. 2. Cobertura Ambulatorial:** A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultórios ou ambulatório, dentro

dos recursos próprios ou contratados pela UNIMED-BH e conforme o guia médico do plano contratado, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada a seguinte abrangência:

1. Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas,

inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, “a”, da Lei 9656/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes)

1. garantia de cobertura nas urgências e emergências por no máximo doze horas de

atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).

1. cobertura da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência

ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação (Art. 7º da Resolução CONSU 13/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

1. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos

ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, “b”, da Lei 9656/1998, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);

1. Cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional

de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente e de acordo com as Diretrizes de Utilização editadas pela ANS (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

1. cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e nas Diretrizes de Utilização editadas pela ANS, que poderão ser realizadas tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

1. cobertura dos procedimentos de fisioterapia 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 (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

2. Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

3. hemodiálise e diálise peritoneal CAPD;

4. terapia oncológica (quimioterapia) ambulatorial entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

5. cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no rol de procedimentos da ANS para a segmentação ambulatorial ;
6. procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;
7. hemoterapia ambulatorial;
8. cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

1. cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação ambulatorial do

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

1. cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos

procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;

1. cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, respeitadas preferencialmente as seguintes características:
2. medicamento genérico (medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia de proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e, designado pela Denominação Comum Brasileira — DCB ou, na sua ausência, pela

Denominação Comum Internacional — DCI, conforme definido pela Lei 9.787, de 10/02/1999); e ,

3. medicamento fracionado: fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente — ANVISA.

Cobertura Hospitalar

A cobertura hospitalar compreende a internação clínica inclusive psiquiátrica ou cirúrgica e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH, conforme o Guia Médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado)** e os seguintes serviços hospitalares definidos e listados no rol de procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

cobertura das ações de planejamento familiar, listadas na segmentação hospitalar do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e

quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional **na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano;**

a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a

limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, “b”, da Lei 9656/98);

a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e

alimentação (artigo 12, II, “c”, da LEI 9656/98);

cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o

período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da

doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, 11, “d”, da Lei 9656/1998);

a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados vinculados aos

procedimentos realizados com cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (artigo 12, “e”, da Lei 9656/1998);

cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes;

a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro

estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, “e” da LEI 9656/98);

cobertura de despesas relativas ao acompanhante, incluindo alimentação e acomodação,

no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente (artigo 12, II, “f”, da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 -Estatuto do Idoso, Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Rol de

Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes);

cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos

passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação

hospitalar, incluindo exames complementares, o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes)

1. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.
2. 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
3. os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura do plano.

cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja

relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes):

a) hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;

1. b) 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 e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde. Definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento;
2. c) procedimentos radioterápicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

g) embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de fisioterapia: aqueles 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 listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, exceto fornecimento de medicação de Manutenção.

cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e

técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);

a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

Custeio de 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos em hospital psiquiátrico ou unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (Rol de Procedimentos e Eventos em saúde vigentes). **O custeio do tratamento fica sujeita a participação financeira do beneficiário.**

cobertura em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos, conforme diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

a cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, incluindo;

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

-

Cobertura Obstétrica:

A **cobertura** obstétrica compreende toda cobertura definida na cobertura hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao puerpério, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED-BH e conforme o Guia Médico do plano contratado (disponibilizado no site www.unimedbh.com.br e periodicamente atualizado)**, desde

que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Entende-se por pós-parto imediato as primeiras 48 (quarenta e oito) horas após o parto, salvo contra indicação do médico assistente, ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto (artigo 12, III, “a”, da Lei 9.656/1998) nos termos **da cláusula 4.4.3** do presente contrato, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT (artigo 20, da RN 162/2007) (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

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 e desde que a mãe ou pai já tenham cumprido prazo mínimo de 180 (cento e oitenta dias) dias de carência. (Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente);

será devida a cobrança de coparticipação caso o recém-nascido utilize assistência médica mesmo durante o período de 30 (trinta) dias de plano. Para fins de cobertura do parto normal listado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme a legislação e o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

DAS EXCLUSÕES

Estão excluídas da cobertura deste contrato todos os procedimentos que não constam no Rol da ANS e os demais abaixo:

- 1. consultas, tratamentos médicos e hospitalares e Internações efetuados antes do Início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas, bem como tratamentos de doenças e lesões existentes antes da inclusão do beneficiário e de complicações delas decorrentes, devidamente comprovadas, nos termos da tal;**
- 2. tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que emprega medicamentos, produtos para a saúde- o:\ técnicas não registrados / não regularizados no país, considerado experimentai pelo Conselho Federal de MedicinaCFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO ou, ainda, não**

- possui as.Indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);**
- 3. exames e medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;**
 - 4. cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e órgãos reguladores;**
 - 5. cirurgias para mudança de sexo;**
 - 6. atendimentos nos casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados peia autoridade competente;**
 - 7. aplicação de vacinas preventivas;**
 - 8. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na Anvisa;**
 - 9. 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, transferênciaintrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas e estudo de DNA com esses fins;**
 - 10. enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar seja em regime domiciliar;**
 - 11. cirurgias plásticas estéticas de qualquer natureza, ficando claro que a mamoplastia para estes fins não está assegurada;**
 - 12. tratamentos clínicos e cirúrgicos de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;**
 - 13. tratamentos com finalidade estética ou cosmética ou para alterações somáticas;**
 - 14. fornecimento de medicamento para tratamento domiciliar, com exceção dos antineoplásicos orais constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;**

15. exames médicos para a prática de natação *ou* ginástica (exceto se previsto nas Diretrizes da Agência Nacional de Saúde), necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
16. aparelhos ortopédicos, órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
17. órteses e próteses importadas, mesmo que ligadas ao ato cirúrgico, desde que exista similar nacional;
18. aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
19. consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência e urgência;
20. implantes e transplantes não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
21. tratamentos em soas, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas de idosos e tratamento de casos sociais e oxigenoterapia hiperbárica, em situações diferentes das indicações previstas nas Diretrizes de Utilização do
22. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.
23. procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por médicos não cooperados ou credenciados e entidades não contratadas;
24. investigação de paternidade, maternidade ou consangüinidade
25. identificação de cadáveres ou restos mortais;
26. medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
27. as despesas com acompanhantes, excepcionadas as de alimentação (servida exclusivamente pela instituição) e acomodação do acompanhante para o paciente menor de 18 (dezoito) anos, maior de 60 (sessenta) anos, portador de necessidades especiais e do acompanhante indicado pela parturiente, desde que não haja contra-indicação do médico assistente;
28. produtos de toalete e higiene pessoal;

29. **serviços telefônicos, aluguel de televisão, frigobar (quando existente) e outros itens de conforto não cobertos pelo Rol ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura em curso;**
30. **despesas decorrentes de serviços médico-hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas pelo Sistema Unimed;**
31. **serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.**
32. **exames médico admissional, periódico, de retomo ao trabalho, de mudança de função e demissional.**

DAS CARÊNCIAS

Os serviços previstos neste contrato serão prestados, após o cumprimento das carências a seguir especificadas:

Procedimento	Pr
Atendimento de urgência e emergência (vinte e quatro) horas	24
Consultas e exames básicos de diagnóstico e terapia dias	30 (trinta)
Cirurgias Ambulatoriais dias	120 (cento e vinte)
Demais cirurgias; (cento e oitenta) dias	180
Exames especiais de diagnóstico e terapia (cento e oitenta) dias	180
Diálise, hemodiálise e fisioterapia (cento e oitenta) dias	180
Internações 180 (cento e oitenta) dias	
Demais procedimentos e terapias (cento e oitenta) dias	180
Partos a termo (cento e oitenta) dias	300(tr

DAS LESÕES E DOENÇAS PREEXISTENTES

No caso de plano coletivo por adesão **haverá** aplicação de cobertura parcial temporária nos casos de doença e lesão preexistente.

O beneficiário deverá, por meio de declaração de saúde, informar à **UNIMED-BH**, quando expressamente solicitado na documentação contratual, o conhecimento de doença ou lesão preexistente à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou à rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no art. 13, da Lei 9.656/98.

Doenças ou lesões preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

Para informar a existência de doenças ou lesões preexistentes (DLP), o beneficiário preencherá o formulário de declaração de saúde, acompanhado da carta de orientação ao beneficiário, e poderá solicitar um médico para orientá-lo.

O beneficiário tem o direito de preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores própria ou por profissional credenciado pela **UNIMED-BH**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

O objetivo da entrevista qualificada é orientar a beneficiário para o correto preenchimento da declaração de saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela **UNIMED-BH**, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Sendo constatada, por perícia ou entrevista qualificada ou declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a **UNIMED-BH** oferecerá a cobertura parcial temporária.

Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal;

Caso a **UNIMED-BH** não ofereça a CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na declaração de saúde ou aplicação posterior de CPT .

Na hipótese de CPT, a **UNIMED-BH** somente poderá suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no *sue WWW*

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

Nos casos de CPT, 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 pela Lei 9.656, de 1998.

Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **UNIMED-BH** comunicará imediatamente a alegação de omissão de informação ao

beneficiário e poderá solicitar abertura de processo administrativo na ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

Instaurado o processo administrativo na ANS, caberá à **UNIMED-BH** o ônus da prova.

A **UNIMED-BH** poderá se utilizar de qualquer documento legal para fins de comprovação do conhecimento prévio do beneficiário sobre sua condição quanto à existência de DLP.

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

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

Após julgamento, e acolhida alegação da **UNIMED-BH** pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a DLP, desde a data da efetiva comunicação da constatação da DLP pela **UNIMED-BH**, e é excluído do contrato.

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

DAS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO

Serão assegurados aos beneficiários os serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia e internações previstos neste contrato pela **UNIMED-BH**, por meio de seus médicos cooperados e credenciados e de rede própria, contratada ou conveniada conforme constante do guia médico do plano contratado, em casos de urgência ou emergência, pelas cooperativas de trabalho médico integrantes do Sistema Unimed, **obedecidas a área de abrangência do contrato e:**

1. a estrutura física da Unimed prestadora do atendimento;
2. a oferta de prestadores e cooperados para atendimento Intercâmbio entre as Unimed's;
3. c) normas de atendimento e autorização da Unimed prestadora;

Quando houver indisponibilidade comprovada de prestador no município integrante da rede assistencial para a qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a Unimed – BH providenciará;

1. oferta de outro prestador que não integre a rede assistencial no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e área de atuação do produto para o qual requereu atendimento o beneficiário; ou
2. oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento.

Todo e qualquer pagamento a prestador não integrante de sua rede assistencial deverá ser negociado e efetuado pela UNIMED-BH

Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço demandado, no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a **UNIMED-BH** garantirá o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem.

Quando comprovadamente inexistir prestador no município integrante da rede assistencial para o qual o beneficiário requisitou atendimento, nos termos da regulamentação vigente na data do evento, a UNIMED-BH providenciará: a) oferta de outro prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes àquele para qual o beneficiário requereu atendimento: ou

1. b) oferta de outro prestador, integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município para qual o beneficiário requereu o atendimento.

Nos casos previstos nas alíneas 'a' e 'b' da acima, o transporte correrá à custa do beneficiário.

Comprovando-se a inexistência no município de origem, nos municípios limítrofes e na região de saúde, a UNIMED-BH providenciará o transporte do beneficiário até prestador apto a realizar o procedimento/atendimento e o seu retorno, escolhendo o meio em conformidade com a condição de saúde do beneficiário.

A garantia de transporte prevista nos itens acima não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Roi de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

As internações hospitalares serão processadas mediante pedido firmado por médico cooperado assistente, ou médico assistente através da transcrição da guia em formulário próprio expedido pela **UNIMED-BH**.

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

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

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

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

O regime de internação em Hospital-Dia será utilizado para todo o procedimento médico eletivo que requeira permanência inferior a 12 horas em leito hospitalar, independentemente da acomodação contratada

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

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

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

Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela **UNIMED-BH**, é garantido ao beneficiário acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

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

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

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

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

O atendimento do plano preferencial, caso a especialidade médica indicado pelo médico assistente não esteja disponível na referida rede, o contratante será encaminhado para atendimento na rede ampla mediante senha de autorização.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Na hipótese de comprovada eventual indisponibilidade, inexistência ou ausência de Prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado de urgência e emergência, as partes se comprometem a observar o disposto na Resolução Normativa RN n.º 259 enquanto estiver em vigor ou, se revogada, em norma que a substitua.

Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Serão garantidas as seguintes coberturas:

1 – cobertura nas urgências e emergências por no **máximo** doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 1311998).

1. a) remoção para 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;
2. b) remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

2 – atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 1311998);

3 – depois de cumpridas as carências, haverá 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 (artigo 3º da Resolução CONSU 13/1998);

4 – atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998);

5 – atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, 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 (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998);

6 – atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação;

1. remoção para 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;
2. remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação,
3. remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, 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_

DAS CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

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

O reembolso será calculado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico – Hospitalares praticados pela Unimed, vigente a data do evento, entregue a

Associação. Ocorrerá no prazo máximo de 50 (cinquenta) dias após apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

1. solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
2. relatório do médico assistente, no qual constarão o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório de alta;
3. conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
4. recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
5. comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

DO REGIME DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL-DIA

O regime de internação em hospital-dia será utilizado para todo procedimento médico eletivo que requeira permanência, **em leito hospitalar por até 12 (doze) horas** independentemente da acomodação contratada.

Está prevista coparticipação específica para as internações em hospital-dia, conforme descrito no contrato Vital Associação / Unimed, que está disponível para consulta na sede da entidade.

Os valores de coparticipação serão cobrados do **CONTRATANTE** nos casos de regime de internação em hospital dia, salvo nos casos em que se exija a manutenção do paciente no hospital por período superior a 12 (doze) horas, mediante justificativa por escrito do médico assistente, hipótese em que serão aplicados os preços estabelecidos na no contrato Unimed / Vital AISPEMG para internações em regime de internação hospitalar.

