

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 1/40
---	--	---

Contrato n.º 71580/20

Reg. ANS n.º 468.488/13-5

UNI PLENO EMPRESA

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

(PADRÃO ENERMARIA)

CONTRATADA			
UNIMED INCONFIDENTES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA., operadora de planos privados de assistência à saúde, doravante denominada simplesmente UNIMED INCONFIDENTES, CNPJ 22.720.791/0001-67, registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS 30439-5 e classificada na modalidade Cooperativa Médica, com sede na Praça Barão de Saramenha, 01, Saramenha, Ouro Preto/MG, CEP 35400-000, representada na forma de seu estatuto social.			
CONTRATANTE			
Razão Social: Câmara Municipal de Ouro Preto			
Nome Fantasia (se houver):			
Endereço: Praça Tiradentes, nº 41			
Bairro: Centro	Cidade: Ouro Preto	UF: MG	CEP: 35.400.000
Telefone: (31)3552-8504	Email:comprasepatrimonio@cmop.mg.gov.br	Contato: Dr. Gustavo	
CNPJ: 19.146.752.0001-93		Inscrição Estadual: isenta	
Representante legal: Juliano Ferreira			
Cargo: Presidente		CPF: 003.859.496-00	
Endereço Residencial: Rua Nossa Senhora das Graças			
Bairro: Morro da Queimada	Cidade: Ouro Preto	UF: MG	CEP: 35.400.000

Contratação: Coletivo Empresarial

Ref: Processo Licitatório/Pregão Presencial: 01/2020

Segmentação assistencial: Ambulatorial Hospitalar Com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Regional (Ouro Preto, Mariana e Itabirito)

Fator Moderador: Coparticipação de 20% sobre consultas, exames, terapias e procedimentos e atendimentos na segmentação ambulatorial

Padrão de Acomodação: Coletiva em Enfermaria.

Assinado por: [Assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 2/40
---	--	---

CLÁUSULA PRIMEIRA - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PLANO

I - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

Este plano é denominado **UNI PLENO EMPRESA** e está registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº **474.103/15-0**.

II- TIPO DE CONTRATAÇÃO

O presente plano é de contratação **COLETIVA EMPRESARIAL**, ou seja, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica, por relação empregatícia ou estatutária (servidores públicos) com a faculdade de inclusão dos dependentes do titular nas condições especificadas na cláusula 3.2 deste instrumento.

III. A inclusão dos beneficiários deverá ser automática na data de contratação do plano ou da vinculação do beneficiário à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional a esta vinculada.

IV- SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

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

V- ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Os serviços ora contratados serão prestados pela **CONTRATADA**, através da rede básica ou por ela contratada, conforme relacionado no **GUIA MÉDICO** bem como, pelas cooperativas que integram o sistema Unimed, dentro da área de abrangência geográfica compreendida pelos Municípios de Ouro Preto, Mariana e Itabirito.

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

Embora façam parte da rede contratada de outras cooperativas do SISTEMA UNIMED os hospitais de tabela própria (hospital de alto custo) não estão incluídos na cobertura deste contrato.

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

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 3/40
---	--	--

VI – PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

O tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo presente plano é coletiva - padrão **ENFERMARIA**.

VII- FORMAÇÃO DE PREÇO

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

VIII- SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Está previsto neste contrato o serviço e cobertura adicional, transporte aeromédico, na forma e condições estabelecidas na **Cláusula 17ª**.

CLÁUSULA SEGUNDA - ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. O objeto deste contrato é a assistência à saúde, assim compreendida como a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais previstos no inciso I do artigo 1º da Lei 9656/98, visando à assistência médica, ambulatorial, hospitalar e obstétrica, compreendendo partos e tratamentos em 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, com coparticipação financeira do beneficiário nas consultas, exames, terapias e atendimentos ambulatoriais.

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

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. Poderão se inscrever neste plano de saúde na condição de beneficiário **TITULAR**:

- a) Pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária que se encontram ativas;
- b) Sócios e administradores da **CONTRATANTE**;
- c) O ex-empregado da **CONTRATANTE**, demitido sem justa causa ou aposentado, desde que preencham as condições previstas no artigo 30 e 31 da Lei 9656/98;
- d) Os agentes políticos;
- e) Trabalhadores temporários;
- f) Estagiários e menores aprendizes.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 4/40
---	--	--

3.2. Poderão se inscrever neste plano de saúde na condição de beneficiário **DEPENDENTE**, desde que haja grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao beneficiário titular:

- a) O cônjuge;
- b) O (a) companheiro (a), havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) O(s) filho(s), adotivo ou não, e enteado(s), solteiro(s) até 21 anos incompletos;
- d) O menor de 21 anos, 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;
- e) O(s) filho(s) de qualquer idade comprovadamente incapaz (es);

3.3. CONTRATANTE se obriga a comprovar a legitimidade da pessoa jurídica e a condição de elegibilidade dos beneficiários nos termos da RN 195/09/ANS, bem como, informar se há previsão dos beneficiários contribuírem com o custeio da mensalidade e de que maneira.

3.4. O ingresso no plano deverá ser formalizado pelos beneficiários em até 30(trinta) dias da celebração deste contrato ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

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

3.6. É assegurada a inclusão:

a) Do recém-nascido, filho adotivo ou natural do beneficiário titular, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, vedada qualquer alegação de Doença ou Lesão Preexistente (DLP) ou aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

b) Do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo beneficiário titular adotante, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do deferimento da adoção.

3.7. Ultrapassado o prazo previsto no item anterior, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

3.8. O dependente que vier a perder a condição de dependência poderá contratar um plano de saúde 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 contrato.

3.9. Não poderá ser inscrito nas coberturas deste contrato o beneficiário titular ou seus dependentes, que estiver, na data da solicitação de inclusão, afastado do trabalho por motivo de doença. Esta restrição vigorará até a alta médica devidamente comprovada, podendo então ser feita sua inclusão no prazo de até 30 (trinta) dias da data da alta médica.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 5/40
---	--	--

3.10. A adesão de beneficiário na qualidade de dependente está condicionada a participação do beneficiário titular e a manutenção das condições que permitiram a sua inclusão.

3.11. Cabe à **CONTRATANTE** encaminhar para a **UNIMED INCONFIDENTES** até o dia 25 (vinte) de cada mês ou no dia útil anterior, na hipótese de coincidir com sábados, domingos e feriados, a relação dos beneficiários a serem incluídos, acompanhada das cópias da documentação comprobatória: CPF, Carteira de Identidade, comprovante de residência, número do Programa de Integração Social – PIS e nº de CNS (Cartão Nacional do SUS) e relação atualizada da GEFIP.

3.12. É responsabilidade da **CONTRATANTE** encaminhar a **UNIMED INCONFIDENTES** até o dia 25 do mês a relação dos beneficiários a serem excluídos do plano, acompanhada do documento comprobatório da comunicação feita ao ex-empregado na data de entrega do aviso prévio ou da dispensa, sobre o seu direito de permanecer como beneficiário do plano saúde na forma prevista no art. 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279 ANS.

3.12.1. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deverá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, mediante a formalização do Termo de Opção de Manutenção no plano de saúde junto a **UNIMED INCONFIDENTES**.

3.13. As exclusões de beneficiários somente serão procedidas mediante a comunicação inequívoca da CONTRATANTE ao ex-empregado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando do contrato de trabalho, nos termos previstos no art. 30 e 31 da Lei 9656/98, devendo ainda, serem oferecidas à UNIMED as seguintes informações:

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

Parágrafo Único: Havendo contribuição do ex-empregado e pedido de manutenção no plano de saúde deverá ser formalizado, através do termo de opção de manutenção disponibilizado pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

3.14. A exclusão do beneficiário titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes.

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

3.16. É responsabilidade da **CONTRATANTE** repassar à **UNIMED INCONFIDENTES** quaisquer alterações dos dados dos beneficiários inscritos no plano.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 6/40
---	--	---

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

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

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

CLÁUSULA QUARTA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A **UNIMED INCONFIDENTES** em razão do presente contrato cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazos de carências e condições estabelecidas neste contrato, relativos aos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e atendimentos obstétricos, realizados exclusivamente no Brasil, previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

4.2. Estão cobertos os atendimentos de planejamento familiar, em conformidade com o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/98 e com a Resolução Normativa da ANS 211/2010, e suas posteriores alterações.

4.3. Está coberta a participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.

4.4. Atendimento assistencial, dentro da segmentação contratada e da área de abrangência estabelecida neste contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

4.5. 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, Diretrizes de Utilização (DUT) e ao Protocolo de Utilização (PROUT), Diretrizes Clínicas definidas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que podem ser consultados no site www.ans.gov.br., respeitadas as segmentações e os prazos de carências e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

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

4.6. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada se estiverem especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e de acordo com a segmentação contratada.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

4.7. COBERTURA AMBULATORIAL

4.7.1. A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, dentro dos recursos próprios ou contratados pela **UNIMED INCONFIDENTES**, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, assim como, as diretrizes de utilização estabelecida pela ANS, observadas as seguintes coberturas:

- Consultas médicas com os médicos cooperados em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive, obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- 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;
- Atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, **limitado as primeiras 12 (doze) horas**, conforme Resolução CONSU 13/1998;
- Remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência e quando estiver caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo 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 observadas as Diretrizes de Utilização:

1) Consultas com Nutricionista: Cobertura obrigatória, de no mínimo 12 (doze) de consultas/sessões, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

- Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
- Jovens entre 10 e 20 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
- Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
- Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica.
- Cobertura obrigatória, de no mínimo 18 sessões por ano de contrato, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

Parágrafo único: Para todos os casos **não enquadrados** nos critérios acima, a cobertura obrigatória é de no mínimo 6 (seis) consultas/sessões de nutrição por ano de contrato.

2) Consultas/Sessões com Fonoaudiólogo:

Até 24 (vinte e quatro) consultas/sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- pacientes com perda de audição (CID H90 e H91);
- pacientes com gagueira [tartamudez] ou taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.5 ou F.98.6);
- pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (CID F80);
- pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);

Assinado por: [Assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 8/40
---	--	--

V - pacientes com disfagia (CID R13);

VI - pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);

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

Até 6(seis) consultas/sessões, por ano de contrato, para os casos não enquadrados nos critérios listados nos incisos I a VII.

3) Consulta/sessões com Terapeuta Ocupacional:

Até 12 consultas/sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

I - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F 03);

II - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F 79).

III- pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 82, F 83).

4) Consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional:

Até 40 consultas / sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

I - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F 20 a F 29);

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 (F 50);

IV - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 31, F 33);

- f) **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, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente e observados os seguintes critérios:

Sessões de Psicoterapia: Até 12 (doze) sessões, por ano de contrato, conforme prescrição do médico assistente, **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 F 40 a F 48);

II - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F 51 a F 59);

III - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da infância e adolescência (CID F 90 a F 98);

IV - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (F 80, F 81, F 83, F 88, F 89);

V - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F 30, F 32, F 34, F 38, F 39);

VI - pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F 10 a F 19).

Assinado por: [assinatura]

- g) Procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- h) 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;
- i) Procedimentos considerados especiais, abaixo relacionados:
 - Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - Radioterapia ambulatorial, desde que listada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - 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;
 - Hemoterapia ambulatorial;
 - Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
- j) O atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio paciente ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão), e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (art. 2º, I, “a” da Resolução Consu 11/1998).
- k) A psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência, sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas (art. 2º, I, b da Resolução Consu 11/1998);

4.7.2. Estão excluídas da cobertura ambulatorial:

- a) As exclusões genéricas descritas na cláusula quinta;
- b) atendimentos odontológicos;
- c) Procedimentos para fins de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- d) Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- e) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
- f) Procedimentos de radioterapia para segmentação hospitalar;
- g) Nutrição enteral ou parenteral;
- h) Embolização e radiologia intervencionista;
- i) Internações hospitalares;
- j) Procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 horas;
- k) Serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares;
- l) Serviços realizados em desacordo com o disposto neste contrato.

4.7.3. Dentro da abrangência desta segmentação, quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência ou emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar e o usuário esteja em cumprimento de períodos de carências, ainda que na mesma

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 10/40
---	--	--

unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser da **CONTRATANTE**, não cabendo ônus à **UNIMED INCONFIDENTES**.

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

4.8. COBERTURA HOSPITALAR

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

- a) Internações hospitalares, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, na acomodação contratada;
- b) Internações hospitalares em Centro de Terapia Intensiva, ou similar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) Diária de internação hospitalar, em acomodação enfermagem;
- d) Despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação para o paciente;
- e) 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;
- f) Toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, durante o período de internação hospitalar.
- g) Remoção do paciente, por falta de recurso, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;
- h) 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 assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir dos 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.
- i) Atendimento por outros profissionais de saúde, nas coberturas previstas pelo Rol de Procedimentos da ANS, de forma ilimitada, durante o período de internação hospitalar quando indicado pelo médico assistente.
- j) Cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções, observadas as alíneas a seguir:

I - Quando se referir ao processo gestacional, em urgências e emergências, será garantido o atendimento previsto na cobertura ambulatorial;

Assinado por: [assinatura] Representante Unimed Inconfidentes

II - Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para cobertura ambulatorial não garantindo, portanto, cobertura para internação;

III - a urgência decorrente de acidente pessoal será garantida, sem restrições, após o período de carência legal de 24 horas.

- k) Procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-facial listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar;
- l) Estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizadas durante o período de internação hospitalar, observado o seguinte:

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, assegurando 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.**

- m) Órteses e próteses registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, inerentes e ligadas diretamente ao ato cirúrgico, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, observado o seguinte:

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 INCONFIDENTES, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a UNIMED INCONFIDENTES, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

- n) Procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados em ambulatório, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar, a seguir relacionados:
- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - Quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;
 - Radioterapia, como definida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

Assinado por: [Assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 13/40
---	--	--

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

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

4.9. COBERTURA OBSTÉTRICA

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

- a) Despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato;
- b) Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo.

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

4.9.3. Entendem-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

4.9.4. O parto normal poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente.

CLÁUSULA QUINTA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei 9656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/98 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e Diretrizes de Utilização que o integra, vigentes à época do evento, estando excluídas de cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato e os provenientes de:

I- Os procedimentos não constantes no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do atendimento e ou que não atendam às Diretrizes de Utilização (DUT) e/ou Protocolo de Utilização (PROUT) editado pela ANS para a segmentação contratada, bem como, os procedimentos e serviços que excederem a limitação estabelecida neste rol;

II – Atendimentos prestados antes da vigência deste contrato ou do cumprimento de prazo de carência ou que esteja sujeito a cobertura parcial temporária;

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 14/40
---	--	--

III - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é:

- a) aqueles que empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) que são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia; ou
- c) cujas indicações não constem na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

III- 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;

IV- 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 pós-tum, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

V- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

VI- Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

VII- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

VIII- 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;

IX-Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

X- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

XI- Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

XII-Tratamentos em clínicas de emagrecimento, SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XIII-Consultas e atendimentos domiciliares;

IV-Próteses importadas não nacionalizadas (que não possuem registro na ANVISA);

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 15/40
---	--	--

XV- atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento dos prazos de carências ou prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato;

XVI-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;

XVII-Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no rol de procedimentos odontológicos;

XVIII-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;

IXX-Cirurgias para mudança de sexo;

XX-Produtos de toalete e higiene pessoal, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato;

XXI- Procedimentos, exames e tratamentos realizados fora da área de abrangência contratada, bem como, despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos não cooperados ou entidades não credenciadas à UNIMED INCONFIDENTES, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados por médicos e serviços não credenciados e, posteriormente reembolsados, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados, na forma e termos previstos na cláusula 9ª deste contrato;

XXII- Enfermagem em caráter particular seja em regime hospitalar ou domiciliar;

XXIII-Aplicação de vacinas;

XXIV - Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

XXV - Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

XXVI-Atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;

XXVII-Remoção domiciliar;

XXVIII- Transplantes, exceto os alogênicos de medula óssea, de córnea e rim e os transplantes autólogos, listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes à época do evento;

XXIX - Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 16/40
---	--	--

XXX- Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade;

XXXI - Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina;

XXXII - Tratamentos de doenças e lesões preexistentes (DLP) no que concerne a cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), procedimentos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia enquanto perdurar a cobertura parcial temporária.

XXXIII – Exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e de mudança de função.

CLÁUSULA SEXTA – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O presente contrato vigorará pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do instrumento.

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

6.3. Este contrato se renovará automaticamente, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se qualquer das partes não manifestar contrariamente, com antecedência de 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 SÉTIMA – DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das seguintes carências, observado o disposto nas cláusulas 7.4, 14.3 e 14.4:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência;
- b) 30 (trinta) dias para consultas;
- c) 60 (sessenta) dias para exames básicos;
- d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de reabilitação física, fisioterapia e acupuntura;
- e) 180 (cento e oitenta) dias para os seguintes procedimentos: tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, radiologia intervencionista, angiografia, hemodinâmica, arteriografia, mapeamento cerebral e polissonografia, laparoscopia diagnóstica, quimioterapia, radioterapia, diálise, hemodiálise e psicoterapia de crise;
- f) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em ambiente hospitalar ou ambulatorial;
- g) 180 (cento e oitenta) dias para o direito às internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas;
- h) 180 (cento e oitenta) dias para as demais internações e coberturas previstas neste contrato;
- i) 300 (trezentos) dias para parto a termo.

Assinado por: [Assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 17/40
---	--	--

7.2. O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do contrato.

7.3. Para as adesões posteriores à assinatura do contrato, a contagem do prazo de carência se inicia na data da assinatura da Proposta de Admissão pelo beneficiário.

7.4. Quando o número de beneficiários inscritos neste contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência, **desde que o beneficiário formalize o seu pedido de ingresso e de seu(s) dependente(s) em até 30 (trinta) dias da celebração do presente contrato ou no prazo máximo de 30 (dias) a contar da data vinculação à pessoa jurídica contratante.**

7.5. Se houver redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta) participantes voltará a vigorar a exigência de carência para as novas adesões de beneficiários.

CLÁUSULA OITAVA - DAS DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. Doença e Lesão Preexistente é aquela que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

8.2. Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, 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.

8.3. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais médicos cooperados indicada pela **UNIMED INCONFIDENTES**, sem qualquer ônus para o beneficiário.

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

8.5. 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.

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

8.7. A Cobertura Parcial Temporária - CPT caracteriza-se por **um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de**

Assinado por: [Assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 18/40
---	--	--

assistência à saúde, durante o qual o beneficiário não terá cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, quando relacionados às doenças ou lesões preexistentes.

8.8. 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.

8.9. O **Agravo** é o acréscimo no valor da contraprestação paga pelo beneficiário ao plano de assistência à saúde, para que tenha direito integral à cobertura para a doença ou lesão preexistente declarada, após cumprido os prazos de carências previstos neste contrato, de acordo com as condições negociadas entre a **UNIMED INCONFIDENTES** e o beneficiário.

8.10. O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar expressamente o percentual ou valor do Agravo e seu período de vigência.

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

8.12. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei 9656/1998.

8.13. A omissão, pelo beneficiário, acerca do conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época do ingresso e/ou adesão ao presente contrato caracteriza fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei 9656/98.

8.14. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a **UNIMED INCONFIDENTES** comunicará imediatamente ao beneficiário e poderá oferecer a opção de CPT ou providenciar a abertura de processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde.

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

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

8.17. Na instauração do processo administrativo na **ANS**, à **UNIMED INCONFIDENTES** caberá o ônus da prova.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 19/40
---	--	--

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

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

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

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

8.22. Quando o número de beneficiários inscritos neste contrato for igual ou maior que 30 (trinta), não haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária ou Agravos nos casos de Doença e Lesão Preexistente, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso seu e de seu(s) dependente(s) EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS DA CELEBRAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO ou DE SUA VINCULAÇÃO À CONTRATANTE.

8.23. Se houver redução do número de beneficiários para menos de 30 (trinta) participantes, haverá aplicação de Cobertura Parcial Temporária nos casos de Doença e Lesão Preexistente.

CLÁUSULA NONA - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

9.3. O atendimento em situação de urgência e emergência será realizado de acordo com a segmentação contratada, sendo garantida a remoção, quando necessária, por indicação médica, para outra unidade ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

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

9.5. É garantida a remoção para unidade de atendimento da rede credenciada do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.

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

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 20/40
---	--	---

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

I- caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente terão cobertura integral garantida; e

II - caso a beneficiária **ainda esteja cumprindo** o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias:

- a) deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas,
- b) persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
- c) uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de a internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
- d) em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

III - A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

9.8. Nos casos em que houver acordo de **cobertura parcial temporária** e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será **igual àquela prevista para a segmentação ambulatorial, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento**, não havendo, portanto, cobertura para internação.

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

9.10. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência a que se referem às cláusulas 9.7, 9.8 e 9.9, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do CONTRATANTE, não cabendo ônus à UNIMED INCONFIDENTES.

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

Assinado por: [assinatura] Representante Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 21/40
---	--	---

9.12. REMOÇÃO PARA UNIDADE DO SUS

9.12.1. Na impossibilidade de haver remoção por risco de vida, a **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **UNIMED INCONFIDENTES**, desse ônus.

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

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

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

9.13. REEMBOLSO

9.13.1. A **UNIMED INCONFIDENTES** assegura o reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, dentro do território nacional, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelo SISTEMA UNIMED, exceto nos hospitais de tabela própria ou de alto custo.

9.13.2. O reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Referência da **UNIMED INCONFIDENTES**, vigente à data do evento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial, tabela esta devidamente registrada no cartório de Títulos e Documentos da comarca de OURO PRETO, MG:

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

9.13.3. O valor do reembolso nas urgências e emergências não será superior ao valor praticado pela **UNIMED INCONFIDENTES** junto à rede de prestadores do plano.

Assinado por: [assinatura] Representante Unimed de Ouro Preto

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 22/40
---	--	---

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1. 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.

10.1.1. Este contrato é celebrado em regime de coparticipação financeira do associado estabelecida no percentual de 20%, conforme opção expressa na proposta de admissão de número idêntico ao do presente contrato, após a realização dos seguintes procedimentos: consulta, exames e atendimento ou tratamento ambulatoriais. A coparticipação é devida para cada procedimento unitariamente.

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

10.1.3. São também devidos os valores e percentuais de coparticipação financeira do **CONTRATANTE** nos termos da Resolução 11/98 do CONSU, correspondente a 30 % (trinta) das despesas referentes à:

- a) tratamento de portadores de transtornos mentais, não ocasionados por dependência química, que estiverem em situação de crise ou de surto psicótico agudo e que necessitem de internação hospitalar, em hospitais psiquiátricos especializados no tratamento de quadros agudos ou em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, por período superior a 30 (trinta) dias, contínuos ou não, durante o período de 12 (doze) meses, a contar do primeiro dia de internação.
- b) internações em hospital geral para portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem hospitalização, circunscritas ao tratamento de "desintoxicação", por prazo superior a 15 (quinze) dias contínuos ou não, por ano, não cumulativos.

10.2. DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO:

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

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

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 23/40
---	--	---

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

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

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

10.2.6. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão individual de identificação, a **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **UNIMED INCONFIDENTES**, por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito e cadastrado pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

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

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

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

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

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

10.2.11. A **UNIMED INCONFIDENTES** 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 encontram-se no GUIA MÉDICO.

10.2.12. Será distribuído aos beneficiários o GUIA MÉDICO, orientando e informando a relação de seus prestadores de serviços, médicos cooperados, laboratórios, hospitais e clínicas, que,

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 24/40
---	--	---

igualmente, poderá ser consultada por meio de acesso ao sítio da **UNIMED INCONFIDENTES** na internet: www.unimedinconfidentes.coop.br.

10.2.13. As atualizações do GUIA MÉDICO estarão disponíveis ao beneficiário na sede da **UNIMED INCONFIDENTES**, através do serviço de atendimento e no portal da www.unimedinconfidentes.coop.br.

10.2.14. As consultas deverão ser realizadas em consultórios de profissionais escolhidos pelo beneficiário, constante do GUIA MÉDICO.

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

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

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

10.2.17. O beneficiário deverá requerer à **UNIMED INCONFIDENTES** 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; eletroencefalograma convencional; exames radiológicos simples; exame oftalmológico de tonometria.

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

10.2.19. A autorização prévia será obtida na sede da **UNIMED INCONFIDENTES** ou eletronicamente através de sistema implantado pela **UNIMED INCONFIDENTES** e adotado pelo prestador de serviço. A resposta à solicitação de autorização do procedimento será emitida pela **UNIMED INCONFIDENTES** no prazo máximo de 1 (um) dia útil.

10.2.20. 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 INCONFIDENTES** não se responsabilizar por quaisquer despesas. O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 25/40
---	--	--

a guia de internação (ressalvado o caso de urgência/emergência), o documento de identificação e o cartão do plano vigente, emitidos pela **UNIMED INCONFIDENTES**.

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

10.2.22. A **UNIMED INCONFIDENTES** não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário. Da mesma forma, a **UNIMED INCONFIDENTES** não se responsabiliza pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos no Rol de Procedimentos e Evento em Saúde vigente e neste contrato.

10.2.23. A **UNIMED INCONFIDENTES** reserva-se o direito de exigir perícia 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 INCONFIDENTES**.

10.2.24. A **UNIMED INCONFIDENTES** reserva-se o direito de rescindir o contrato com qualquer participante da sua rede assistencial, bem como de contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais, conforme art. 17 da Lei 9656/98, observadas as seguintes condições:

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1. Trata-se de contrato com preço pré-estabelecido, com valores fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados à disposição dos associados,

Assinado por: [Assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 26/40
---	--	---

a frequência de utilização desses serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico. Assim, qualquer alteração desses itens ensejará novos valores.

11.2 Por ser um plano coletivo empresarial o pagamento da contraprestação pecuniária será de responsabilidade da pessoa jurídica Contratante, junto a UNIMED, à exceção quanto aos demitidos e aposentados (Artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98) e aos entes da Administração Pública (funcionários públicos incluídos no plano contratado pela Administração Pública - Municipal, Estadual ou Federal em razão de vínculo de trabalho).

11.3. A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **UNIMED INCONFIDENTES** os valores devidos pela totalidade de beneficiários inscritos, relacionados taxa de inscrições, mensalidades referenciadas na Proposta de Admissão de acordo com a faixa etária de cada um e adicional de coparticipações de acordo com a assistência prestada.

11.5. As faturas emitidas pela **UNIMED INCONFIDENTES** serão baseadas na comunicação de movimentação de beneficiários encaminhada pela **CONTRATANTE**.

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

11.7. As mensalidades e demais valores de responsabilidade da **CONTRATANTE** serão pagos nos seus respectivos vencimentos, determinados na fatura ou no documento único de cobrança, nota fiscal, conforme o caso, podendo a **UNIMED INCONFIDENTES** adotar para o recebimento dos serviços a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

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

11.9. Se o **CONTRATANTE** não receber documento que possibilite o pagamento na data de vencimento já prevista, deverá solicitar a fatura, diretamente à **UNIMED INCONFIDENTES**, no prazo máximo de cinco dias antes do respectivo vencimento objetivando o cumprimento da sua obrigação, não sujeitando-o as consequências da mora.

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

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

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

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 27/40
---	--	---

conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais e extrajudiciais, além da comunicação o nome do devedor no cadastro de inadimplentes (SPC).

11.13. Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles já vinculados.

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

11.15. As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações são disponibilizadas pela Unimed a qualquer tempo para consulta pelos beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO REAJUSTE

12.1. Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

12.2. Os valores das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação positiva o índice oficial, IGPM que será apurado no período de 12 meses consecutivos antecedentes a aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês da assinatura do contrato, ressalvados os reajustes decorrentes das variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

12.3. Os valores relativos à taxa de inscrição e coparticipação serão reajustados pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.

12.4. Os valores das mensalidades poderão também ser reajustados de acordo com a sinistralidade, ou seja, a avaliação da carteira de acordo com a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas, no período de 12 (doze) meses consecutivos e anteriores à data base de aniversário, considerada como o mês de assinatura do contrato.

12.5. Nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 12.2.

12.6. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

12.7. Não haverá aplicação de percentual de reajuste anual diferenciados para os beneficiários vinculados ao mesmo plano/contrato.

12.8. Em se tratando de contratação de plano exclusivo para ex-empregados e aposentados da CONTRATANTE, na forma prevista na RN 279/ANS, para fins de aplicação de reajuste deverá ser adotado o seguinte:

Assinado por: [assinatura] Representante Unimed de Ouro Preto

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 28/40
---	--	--

I – Para a aplicação de reajuste anual, a carteira de planos exclusivos de inativos (ex-empregados) deverá ser realizada de forma unificada, adotando-se um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos, conforme art. 21 da RN 279 e suas posteriores alterações.

II – O percentual de reajuste aplicado à carteira de planos de inativos (ex-empregados) será divulgado pela Unimed no seu Portal Corporativo no prazo de 30 (trinta) dias após a sua aplicação além de comunicado à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

III - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

IV - O valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustadas anualmente, de acordo com o índice IGPM, previstos em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apurado no período de 12 meses consecutivos.

V - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de ex-empregados, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos deste contrato do qual será procedido de forma complementar ao especificado no item IV acima e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

VI - O desequilíbrio do contrato é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de planos exclusivos de ex-empregados ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em 70%, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

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

12.11. CLÁUSULA ESPECIAL DE REAJUSTE APLICÁVEL AOS CONTRATOS PACTUADOS COM EMPRESA COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS:

12.11.1. Nos termos da Resolução Normativa 309 da ANS, a **CONTRATANTE** que possuir menos de 30 beneficiários, reconhece fazer parte de um agrupamento contratual composto por todos os contratos empresariais da **UNIMED INCONFIDENTES** com menos de 30 (trinta) beneficiários, para fins de análise do equilíbrio econômico atuarial e definição do reajuste anual, seguindo os parâmetros abaixo especificados:

- I- O contrato com menos de 30 (trinta) beneficiários será reajustado na sua data base de acordo com o reajuste definido para o agrupamento de contratos, vigente para o período correspondente ao mês de aniversário do contrato.

12.11.2. Os valores das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões de todo agrupamento de contratos empresariais com menos de 30 beneficiários serão financeiramente reajustados, anualmente, de acordo IGPM da FGV (Fundação Getúlio Vargas), acumulado no período de 12 (doze) meses consecutivos e anteriores à data-base, assim considerada, o mês de assinatura do contrato.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 29/40
---	--	--

12.11.3. Além da revisão monetária na forma prevista na cláusula 7.2, será procedida, de forma complementar, a análise do índice de sinistralidade de todo agrupamento de contratos com número inferior a 30 beneficiários, com base na proporção entre as despesas assistenciais e as receitas, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base, através da apuração do reajuste técnico apurado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = (1 + R \text{ Técnico}) \times (1 + R \text{ Financeiro}) - 1$$

12.11.4. O reajuste técnico a ser aplicado é obtido de acordo com as normas atuariais vigentes, considerando a meta de sinistralidade definida no percentual de 70%, seguindo a seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste Técnico ideal} = \{[S + 1,15 \times (\text{desv. padrão de } S / \text{raiz quadrada de } n)] / S_m\} - 1$$

Onde: S = Sinistralidade média do período

1,15 representa $z \sim N(0;1)$ para um determinado nível de confiança 87,5%

desv. padrão de S = desvio padrão da Sinistralidade mês a mês

n = número de meses observados

S_m = Meta de Sinistralidade

12.11.5. - Fica ainda estabelecido que:

I – O presente contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária;

II – O valor das mensalidades e a tabela de preços para novas inclusões de beneficiários serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice estabelecido pelas partes nessa cláusula.

III - Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores das contraprestações serão na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única.

IV - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados para beneficiários que façam parte deste mesmo contrato e plano de saúde.

12.11.6. Tal como preceitua a legislação, a **CONTRATADA** se compromete informar à ANS o percentual de reajuste anual aplicados nos contratos coletivos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS FAIXAS ETÁRIAS

13.1 Além do reajuste anual na forma acima definida, o valor das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Assim, 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 abaixo:

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 30/40
---	--	--

Faixas Etárias	Percentual
1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos de idade	%
2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade	15%
3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade	15%
4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade	15%
5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade	15%
6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade	16%
7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade	21%
8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade	30%
9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade	35%
10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais	39%

13.2. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual do contrato.

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

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

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

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

13.6. Em cumprimento ao disposto na **RN 279** e suas posteriores alterações no ato da contratação do plano a Unimed, apresentará a **CONTRATANTE** para disponibilização aos beneficiários a tabela de custos e preço por faixa etária.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL

14.1. O presente contrato de prestação de serviços é pactuado sob a modalidade COLETIVA EMPRESARIAL, com cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, com a precisão de inclusão dos dependentes legais da massa populacional relativa à empresa **CONTRATANTE**.

14.2. CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE DO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA: É assegurado ao beneficiário titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu **vínculo empregatício**, no caso de rescisão ou exoneração do contrato 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 contrato de trabalho, **desde que assuma junto à UNIMED INCONFIDENTES o pagamento integral das contraprestações pecuniárias**, nos termos do art. 30 da Lei 9656/98 e deste contrato.

Assinado por: [Assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 31/40
---	--	---

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

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

14.2.3. 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.

14.2.4. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano de assistência a saúde, obedecida a forma e o prazo estipulados para a manutenção dos dependentes desde que assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias, nos termos do art. 30 da Lei 9656/98 e deste contrato.

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

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

14.3. DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE PARA O APOSENTADO;

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 contrato de trabalho, desde que assuma junto à **UNIMED INCONFIDENTES** o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/98).

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

14.3.2. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de **30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador** sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, e suas posteriores alterações);

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário;

14.3.3. 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.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 32/40
---	--	---

14.3.4. 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.

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

14.3.6. A condição de beneficiário assegurada nesta cláusula deixará de existir quando:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos neste contrato e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão, ficando devendo ser comunicado o fato a Unimed;
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos da RN nº 279/2011 e art.7C da RN nº 186/2009, e suas posteriores alterações.

14.4. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656/98 e na RN nº 279/2011, e suas posteriores alterações.

14.5. O beneficiário aposentado ou demitido na forma e prazo previstos neste contrato que deixar 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 contrato, após notificação prévia que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano sem prejuízo do direito da UNIMED INCONFIDENTES requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

14.6. Oferecimento do Plano Individual/Familiar: No caso de cancelamento deste contrato pela CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do contrato, por ingressar em um plano Individual ou Familiar da **UNIMED INCONFIDENTES**, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A **UNIMED INCONFIDENTES** disponha de um Plano Individual/Familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas contraprestações pecuniárias e de seus dependentes.

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 33/40
---	--	---

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

14.6.2. Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar participante do plano e vinculado ao beneficiário titular.

14.6.3. Considera-se, para fins de contagem de prazos de carência o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

14.6.4. É de responsabilidade da **CONTRATANTE** informar ao empregado sobre o cancelamento do contrato em tempo hábil para opção do empregado ao Plano Individual/Familiar no prazo estabelecido.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1. Caberá à **CONTRATANTE** solicitar a exclusão de beneficiários do plano.

15.2. A **UNIMED INCONFIDENTES** somente poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários sem anuência da **CONTRATANTE** nas seguintes hipóteses:

- a) Fraude;
- b) Por perda dos vínculos do beneficiário titular com a **CONTRATANTE** ou da relação de dependência, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 para os demitidos e aposentados.

15.3. Nos casos de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente para os contratos com menos de 30 (trinta) vidas será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente.

15.4. Cessarão as coberturas do plano para o beneficiário titular:

- a) Quando a **CONTRATANTE** solicitar por escrito sua exclusão;
- b) Quando perder o vínculo com a **CONTRATANTE**, ressalvadas as hipóteses de aposentadoria e demissão sem justa causa, previstas neste contrato;
- c) Quando vier a falecer, após a comunicação do fato à **UNIMED INCONFIDENTES** pela **CONTRATANTE**;
- d) Por fraude ao plano.

15.5. Cessarão as coberturas do plano para o beneficiário dependente:

- a) Quando a **CONTRATANTE** solicitar por escrito sua exclusão;
- b) Quando o beneficiário titular for excluído do plano;
- c) Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição;
- d) Por fraude ao plano.

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

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 34/40
---	--	--

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

15.8. As solicitações de exclusões de beneficiários deverão ser comunicadas pela **CONTRATANTE**, por escrito ou meio magnético, até o dia 25 do mês, acompanhadas da devolução das respectivas carteiras de identificação, garantido o atendimento para esses beneficiários até o último dia do mês em que ocorrer o pedido de exclusão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA RESCISÃO

16.1. Este contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer uma das partes, e mediante notificação prévia, por escrito, com antecedência mínima de **30 (trinta)** dias.

16.2. Caso a **CONTRATANTE** manifeste intenção de rescindir o presente contrato antes do término do prazo mínimo de 12 (doze) meses da vigência contratual, a UNIMED poderá exigir a cobrança de indenização por perdas e danos, em complementação aos valores, na forma do parágrafo único do art. 421 e 422 do Código Civil vigente.

16.2.1. A apuração dos prejuízos será calculada com base nas receitas, contraprestações liquidas e despesas assistenciais liquidas e caso o montante das despesas seja superior as receitas observadas a meta de sinistralidade, será caracterizado o valor do prejuízo a ser ressarcido pela **CONTRATANTE**, pessoa jurídica.

16.2.2. Não cumprida a obrigação, responderá o devedor por perdas e danos, com os acréscimos de juros e correção monetária e honorários nos termos do art. 389 do Código Civil.

16.3. Nos termos do art. 432/2018 e suas alterações posteriores, a **CONTRATADA** poderá propor a rescisão contratual imotivadamente com a **CONTRATANTE** de natureza jurídica, empresário individual, após 12(doze) meses de contratação e na data de aniversário do contrato, desde que a notificação ocorra com antecedência de 60 (sessenta dias).

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

16.5. O atraso no pagamento da mensalidade pela **CONTRATANTE** implicará na suspensão da cobertura assistencial, até que a contratante efetue o pagamento devido à **UNIMED INCONFIDENTES**.

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

16.7. A não concordância por parte da **CONTRATANTE** com o índice de reajuste anual do contrato poderá implicar na rescisão deste contrato.

16.8. Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, a qualquer tempo, pela **CONTRATADA**, nas seguintes situações:

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 35/40
---	--	---

- a) Prática de fraude comprovada;
- b) Inadimplência da **CONTRATANTE** por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, mediante notificação à **CONTRATANTE**, sem prejuízo do direito da **UNIMED INCONFIDENTES** de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- c) Descumprimento da **CONTRATANTE** às cláusulas e condições deste contrato;
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das partes.
- e) Ausência de definição do reajuste anual.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – SERVIÇO E COBERTURA ADICIONAL

17.3. TRANSPORTE AEROMÉDICO

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

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

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

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

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

- I – traumatismo crânio-encefálico que necessite tratamento intensivo;
- II – aneurisma cerebral roto, que necessite assistência intensiva;
- III – tratamento da face, que necessite cirurgia de reconstituição;
- IV – traumatismo ocular grave que possibilite a perda da visão;
- V – traumatismo raquimedular que necessite cuidados intensivos;
- VI – embolia pulmonar que necessite de assistência ventilatória e trombolíticos;

Assinado por: [assinatura] Representante Interveniente Med. de Gêl. Hely

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 36/40
---	--	---

- VII – choque cardiogênico que necessite de internação em centro de terapia intensiva com mais recursos (ex.: balão intraórtico e cirurgia cardíaca);
- VIII – cirurgia cardíaca;
- IX – pós-operatório, devido a traumatismo, em hospitais que não possuam recursos adequados;
- X – queimaduras elétricas, térmicas, químicas e com área corpórea afetada maior que 30%;
- XI – angina instável progressiva com alterações eletrocardiográficas; discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem, não houver condições para tal;
- XII – discretas alterações das enzimas e que necessite comprovação diagnóstica com cineangiocoronariografia, quando no local de origem não houver condições para tal, e o paciente deva estar internado em Centro de Terapia Intensiva;
- XIII – aneurisma dessecante de aorta que necessite Centro de Terapia Intensiva;
- XIV – hipertensão associada à falência de ventrículo esquerdo com edema agudo de pulmão que necessite Centro de Terapia Intensiva e assistência ventilatória, quando se esgotou todo arsenal terapêutico no local de origem, sendo necessário UTI mais adequada;
- XV – insuficiência respiratória aguda, que necessite ventilação mecânica por motivo de tórax instável ou aspiração de conteúdo gástrico;
- XVI – pancreatite aguda (critério de Ranon);
- XVII – trauma torácico/contusão pulmonar, com alterações hemodinâmicas;
- XVIII – asma grave refratária que necessite ventilação mecânica;
- XIX – insuficiência renal aguda que necessite de hemodiálise;
- XX – insuficiência cardíaca congestiva, com alterações hemodinâmicas;
- XXI – hemorragias digestivas severas, que necessitem de monitorização hemodinâmica em pacientes com reservas orgânicas limitadas;
- XXII – estado de mal epilético, que necessite curarização e ventilação mecânica;
- XXIII – assistência em UTI, desde que não seja devido a tumores benigno ou maligno;
- XXIV – politraumatismos (fraturas que necessitem cirurgia, e com comprometimento de órgãos vitais, quando no local, não haja condições para tal procedimento);
- XXV – fratura de colo de fêmur com comprometimento vascular e que necessite de intervenção de clínica ortopédica e/ou vascular;
- XXVI – fratura de bacia com trauma de vias urinárias, que necessite de intervenção cirúrgica, quando, no local de origem, não haja condições técnicas;
- XXVII – fratura de bacia, que necessite de intervenção cirúrgica, quando no local do atendimento, não haja condições técnicas;
- XXVIII – traumas vasculares que necessitem de cirurgia, quando, no local de origem não possuir os recursos necessários;
- XXIX – intoxicações agudas que necessitem centro de terapia intensiva, de causa involuntária e com instabilidade hemodinâmica;
- XXX – afogamento, que necessite de assistência ventilatória e centro de terapia intensiva;
- XXXI – amputações traumáticas com possibilidade de reimplante (respeitando o período de viabilidade cirúrgica);
- XXXII – infarto agudo do miocárdio com arritmias que não estão respondendo a tratamento clínico;
- XXXIII – picadas de animais peçonhentos, com risco de vida e que sugira Centro de Terapia Intensiva.

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

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 37/40
---	--	--

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. Para efeito deste contrato são adotadas as seguintes definições:

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

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.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistência declarada.

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

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: é aquele executado no âmbito do ambulatório, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

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

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

BENEFICIÁRIO: pessoa física inscrita no plano como titular ou dependente que usufrui os serviços pactuados em contrato ou regulamento.

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

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 Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

Assinado por: [assinatura]

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 38/40
---	--	--

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

COPARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

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

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 9656/98.

DEPENDENTE: pessoa física com vínculo familiar com o titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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

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

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

DOENÇA PROFISSIONAL: é aquela adquirida em consequência do trabalho.

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

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

EXAMES BÁSICOS DE DIAGNÓSTICO: (a) análises clínicas; (b) citopatologia; (c) ecocardiograma uni e bidimensional, com Doppler convencional; (d) eletrocardiograma convencional; (e) eletroencefalograma convencional; (f) endoscopia diagnóstica; (g) exames radiológicos; (h) exames e testes alergológicos; (i) exames e testes oftalmológicos; (j) exames e testes otorrinolaringológicos; (k) teste ergométrico.

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.

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

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

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

MENSALIDADE: contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 39/40
---	--	--

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

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

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

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

TITULAR: A pessoa física vinculada à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia que faz adesão ao plano de saúde contratado podendo incluir os seus dependentes legais nas condições estabelecidas.

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA ELEIÇÃO DE FORO

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

Assinado por: [assinatura] Representante Legal da Unimed Inconfidentes

	Unimed Inconfidentes Cooperativa de Trabalho Médico Ltda Praça Barão de Saramenha, 01 – Bairro Saramenha Ouro Preto – MG / 35400-000 / Tel: 31 3559 7200 E-mail: unimed@unimedinconfidentes.coop.br Site: www.unimedinconfidentes.coop.br	ANS 30.439-5 40/40
---	--	---

DECLARAÇÃO FINAL

Na qualidade de CONTRATANTE, declaro:

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

Ouro Preto , 01 de junho de 2020

CONTRATANTE

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

Ouro Preto , 01 de junho de 2020.

Contratante/Responsável

Unimed Inconfidentes Cooperativa de
Trabalho Médico Ltda.

Vendedor (a):

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

[Handwritten signature]