

CONTRATO INDIVIDUAL PLANO HUMANA PRIMUS

Registro ANS nº 466.787/12-5

(Versão 002 - set2013)

Contrato de Prestação de Serviços de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar, em regime de contratação individual, estabelecido entre as partes abaixo qualificadas:

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

HUMANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Nome Fantasia: **HUMANA SAUDE**

CNPJ: **00.361.325/0001-08**

Registro da Operadora na ANS: **357511**

Classificação na ANS: **Medicina de Grupo**

End: **Av. Frei Serafim, 2155 – Centro – Teresina/PI**

CEP: **64000-020**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

Nome: _____

Filiação: _____

Data Nasc.: ___/___/___ CPF: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____

DADOS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO:

Nome comercial: **HUMANA PRIMUS**

Nº. de registro do plano na ANS: **466.787/12-5**

Tipo de contratação: **Individual/Familiar**

Segmentação assistencial: **Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia**

Área geográfica de abrangência: **Grupo de Municípios**

Área de atuação: **Barras, Batalha, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Fronteiras, Guadalupe, Jaicos, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piripiri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Simplício Mendes, Teresina, União, Urucuí, Valença**

Padrão de acomodação: **Quarto Privativo**

Formação do preço: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não se aplica**

CLÁUSULA 1ª – DO OBJETO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços e cobertura de custos assistenciais, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nas especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios, hospitais e ambulatórios, dentro da rede própria ou credenciada pela **HUMANA SAÚDE**, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento;

1.2 – O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 2ª – DO TIPO DE CONTRATAÇÃO E CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

O presente contrato destina-se à contratação do tipo individual ou familiar, na modalidade de pré-pagamento, oferecidos para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar;

2.1 - Contrato Individual: é aquele que tem como beneficiários pelo menos um titular nomeado pelo CONTRATANTE e dependentes indicados, sem a obrigatoriedade do caráter familiar;

2.2 - Contrato Familiar: caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao CONTRATANTE, pessoa física, a inclusão de seus dependentes legais ou grupo familiar;

2.2.1 - Podem ser inscritos no plano familiar, como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.3 - Os menores de 18 anos somente poderão ser beneficiários de um contrato quando tiverem um CONTRATANTE maior de idade, podendo este CONTRATANTE ser ou não beneficiário no contrato;

2.4 - O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário, terá assegurada inscrição como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência e sendo vedada qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, ou aplicação de cobertura parcial temporária ou agravo, desde que inscrito no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção;

2.4.1 - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

CLÁUSULA 3ª – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nas cláusulas deste contrato, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10);

& 1º O Atendimento deve ser assegurado independente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores

contratada, credenciada ou referenciada da operadora do plano de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato;

3.1 - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM;

3.2 - Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso haja indicação clínica;

3.3 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar;

3.4 - Cobertura de consultas 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 da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;

3.5 - Cobertura de Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

3.6 - Cobertura dos 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;

3.7 - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.8 - Cobertura dos atendimentos às Emergências Psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para si próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

3.9 - Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;

3.10 - Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;

3.11 - Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

3.12 - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e 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; cobertura de taxas e materiais utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.13 - Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

3.14 - Cobertura de um acompanhante no caso de pacientes a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

3.15 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD);

b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;

c) radioterapia, incluindo megavoltagem, cobalto-terapia, cesioterapia, eletroterapia, radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapias, e todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

e) hemoterapia ambulatorial e durante o período de internação hospitalar;

f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;

g) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;

h) embolizações, aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

i) radiologia intervencionista;

j) nutrição parenteral ou enteral durante o período de internação hospitalar;

k) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

l) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

m)acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

3.16 – Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

3.17 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;

§ 1º O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;

§ 2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

§ 3º **Os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar**, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.18 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, a cobertura de urgência e emergência obstétrica, cobertura de parto (normal ou cesárea) e puerpério, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

§ 1º A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular, dentro do referido prazo de 30 (trinta) dias após o parto;

§ 2º Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher (parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme indicação do médico assistente;

3.19 - Cobertura de transplantes de rim, córnea, transplante autólogo de medula óssea (conforme diretriz de utilização) e transplante alogênico de medula óssea (conforme diretriz de utilização) listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos a eles vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos;

§ 1º - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

1. as despesas assistenciais com doadores vivos;
2. os medicamentos utilizados durante a internação;
3. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluídos os medicamentos de manutenção;
4. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

§ 2º Os BENEFICIÁRIOS deste plano candidatos a transplantes, deverão estar obrigatoriamente inscritos na CNCDO (Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas;

3.20 - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama (prevista na Lei 10.223/2001), utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

3.21 - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.22 - Cobertura para o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho e doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);

3.23 - Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

3.24 - Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

3.25 - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

CLÁUSULA 4ª – DA SAÚDE MENTAL

4.1 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento (disponível nas agências da **CONTRATADA** e no site da ANS, www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:

a) **Atendimento às emergências** – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) **Psicoterapia de crise** – entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com cobertura de até 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;

d) **Internação hospitalar psiquiátrica** em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

§ 1º Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá co-participação do beneficiário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

4.2 - Considera-se que uma pessoa está em crise sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante;

4.3 - Nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise, a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá ocorrer de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, a critério do médico assistente.

CLÁUSULA 5ª – DAS EXCLUSÕES

5.1 - Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

I. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;

II. Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;

III. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;

IV. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

V. Cirurgia para mudança de sexo;

VI. Cirurgia plástica, além de tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social;

VII. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular, seja em domicílio ou em hospital;

VIII. Despesas médicas e hospitalares efetuadas antes do cumprimento das carências previstas neste contrato;

IX. Eventos médicos decorrentes de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

X. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, que são de responsabilidade do empregador e devem ser estabelecidos de maneira independente dos planos de saúde, conforme NR nº 7, do Ministério do Trabalho;

XI. Ficam excluídos de cobertura pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes;

XII. Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importadas ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;

XIII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

XIV. Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar;

XV. 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;

XVI. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos;

XVII. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como com finalidade exclusivamente estética;

XVIII. Fornecimento de medicamentos, vacinas (exceto para dessensibilização), e material de curativo, em regime ambulatorial;

XIX. Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário);

XX. Internação com finalidade diagnóstica, cujo quadro clínico não a justifique e cujos testes e exames possam ser realizados em caráter ambulatorial, sem prejuízo para o contratante;

XXI. Inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

XXII. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;

XXIII. 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;

XXIV. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

XXV. Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial;

XXVI. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;

XXVII. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;

XXVIII. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

XXIX. Qualquer outro tipo de transplante, que não o de rim, córnea, transplantes autólogos e alogênicos de medula óssea (conforme Diretrizes de Utilização elaboradas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar);

XXX. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

- a) emprega medicamentos produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo CFM ou CFO;
- c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

XXXI. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e climáticas, SPA;

XXXII. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXXIII. Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

CLÁUSULA 6ª - DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 - O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, nos termos da legislação vigente, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como não havendo a incidência de qualquer período adicional de carência;

§ 1º O início da vigência contratual se dará na data da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro.

CLÁUSULA 7ª – DAS CARÊNCIAS

Carência: É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, durante o qual o beneficiário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando o(s) limite(s) estabelecido(s). Os prazos de carência definidos para os benefícios no plano contratado são os seguintes:

7.1 - 24 (vinte e quatro) horas: Atendimento de urgência/emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

§ 1º Remoção para uma unidade do SUS, após os atendimentos de urgência e emergência ocorridos durante o período de carência para internação hospitalar ou ocorridos durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária para as Doenças e Lesões Preexistentes;

7.2 - 30 (trinta) dias: Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico;

7.3 - 30 (trinta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial básico, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;

7.4 - 180 (cento e oitenta) dias: Exame ou procedimento terapêutico ambulatorial especial, definidos na cláusula de Exames de Apoio Diagnóstico e Tratamento Ambulatorial;

7.5 - 180 (cento e oitenta) dias: Internações em geral - Honorários médicos e custos hospitalares não relacionados a doenças e lesões preexistentes;

7.6 - 300 (trezentos) dias: Internações para partos a termo (aqueles ocorridos no período de 37 a 41 semanas de gestação) e honorários médicos e custos hospitalares;

CLÁUSULA 8ª – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

8.1 - São consideradas **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES – CPT**, aquelas cujo beneficiário (por si ou por seu responsável) saiba ser portador ou sofredor à data do preenchimento da Declaração de Saúde;

§ 1º O beneficiário deverá informar por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de qualquer doença e lesão preexistente - DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato;

§ 2º O **CONTRATANTE** poderá escolher um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus;

§ 3º É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde;

8.2 - A omissão de informações, ou a informação inverídica sobre doenças e lesões preexistentes, quando comprovada durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento e, por conseguinte, ensejar a abertura de Processo Administrativo junto à ANS, que caso procedente, além de constituir causa para a rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor;

§ 1º Alegada a existência de doença e lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o **CONTRATANTE** será comunicado imediatamente pela **CONTRATADA**;

§ 2º Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato nos casos de doença e lesão preexistente, até o resultado do julgamento pela ANS;

8.2.1 - As informações incorretas acarretarão de imediato a perda dos benefícios de redução de carências, eventualmente concedidos através de PRC – Plano de Redução de Carência;

8.3 - Quando da presença de doença e lesão preexistente e suas conseqüências, declaradas no momento da Solicitação de Adesão, o beneficiário estará sujeito à **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT**: que consiste na suspensão da cobertura, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**. Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS através das Resoluções Complementares à Lei 9.656/98. Essas Resoluções podem ser encontradas nas agências da **CONTRATADA**, ou no site da ANS, www.ans.gov.br. Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, Unidades Coronarianas, Unidades Neonatais, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo);

8.4 – O prazo de 24 (vinte e quatro) meses é contado da data do início da vigência do contrato, ou da data da inclusão do novo beneficiário (quando incluído após a data de início da vigência).

CLÁUSULA 9ª – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO

9.1 - Fica assegurada a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgão e funções, obedecidos os prazos de carências e limites contratuais;

§ 1º Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação e para os eventos relacionados às doenças e lesões preexistentes com acordo de Cobertura Parcial Temporária - CPT, a cobertura será limitada até as primeiras 12 horas de atendimento em nível ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de internação;

9.2 - A cobertura de custeio para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizada nos limites e condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento previsto na Cláusula que trata do Programa Especial de Atendimento;

9.3 - É assegurada a cobertura para o atendimento em pronto-socorro nos casos:

- a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;
- b) de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;

9.3.1 - Estão incluídos nos atendimentos de urgência/emergência em prontos-socorros a consulta os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões preexistentes;

a) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal, em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

b) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgência decorrentes das complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 (doze) horas em ambulatório ou até que haja necessidade de internação, conforme Art. 4º, da Resolução CONSU nº 13/98;

§ 1º Nos casos de beneficiárias do contrato grávidas, **que estejam em cumprimento de carência**, aplicam-se as coberturas de urgência e emergência previstas acima, ou seja, **NÃO há cobertura para parto**. O atendimento integral às complicações decorrentes do processo gestacional somente ocorrerá cumpridas as carências para internação hospitalar;

9.4 - Nos casos em que a **CONTRATADA** vier a cobrir custos decorrentes de acidentes causados por terceiros, fica a **CONTRATADA** autorizada a buscar obter do terceiro causador do dano, ou de empresas seguradoras do beneficiário, no Brasil ou no exterior, o reembolso das despesas médicas que vier a pagar;

9.5 - Para os casos em que o beneficiário encontrar-se em cumprimento de carência para internação ou quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária, quando for necessária a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos

da exclusiva cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora 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 nenhum ônus à HUMANA;

§ 1º Os exames e serviços complementares, realizados em regime de internação, somente terão cobertura de custeio quando a internação estiver sob cobertura da HUMANA, observadas as carências contratuais;

§ 2º Nos atendimentos de urgências/emergências, cessada a obrigação de cobertura pela **CONTRATADA**, esta cobrirá os custos com a remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médico-hospitalar, seja pública ou privada, desde que dentro da área de abrangência geográfica da cobertura;

§ 3º Fica garantida a remoção, após realizados os procedimentos caracterizados como urgência/emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

§ 4º Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

§ 5º Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **CONTRATANTE** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus;

§ 6º Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a **CONTRATADA** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

9.6 - Nos casos de urgência e emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, a **CONTRATADA** pagará ao **CONTRATANTE** por meio de reembolso, conforme previsto no art. 12, inciso VI da Lei 9.656/98 e disposto na Cláusula de Reembolso.

CLÁUSULA 10ª - DO REEMBOLSO

10.1 – Nos Planos de Rede Credenciada, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada, ocorrido dentro da área geográfica de abrangência do plano, quando não tenha sido possível o atendimento na rede credenciada;

10.1.1 - Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a **CONTRATADA** custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado;

10.2 - Há necessidade de serem apresentados os seguintes documentos quando da solicitação de reembolso:

10.2.1 - Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação de consulta, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. **Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;**

10.2.2 - Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

10.2.3 - Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

10.2.4 - Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo (**quitação da nota fiscal**), contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, **valores cobrados, valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

10.2.5 - Internação: nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;

10.2.6 - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados;

10.3 - A CONTRATADA se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares;

10.4 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, **passando a serem contados novos prazos para pagamentos a partir da data de entrega ou complementação de documentos;**

10.5 - Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **CONTRATANTE** no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda;

10.6 - O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento;

10.7 - O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

CLÁUSULA 11ª - DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

11.1 - A contratada fornecerá aos seus beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação será obrigatória acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido;

11.1.1 - A segunda via do Cartão Individual de Identificação poderá vir a ser cobrada pela **CONTRATADA**;

11.2 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhado de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência;

11.3 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas da confecção de outra via;

11.4 - Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

CLÁUSULA 12ª - DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

12.1 - Para a realização dos procedimentos contratados, será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA através de GUIA, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;

12.2 - O pedido médico deverá ser apresentado à Agência de Atendimento da **CONTRATADA** que emitirá resposta pelo profissional avaliador nos seguintes prazos:

- a) serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- b) demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- c) procedimentos de alta complexidade (PAC): em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- d) atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- e) atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

§ 1º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário;

12.3 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela **CONTRATADA**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do BENEFICIÁRIO, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

CLÁUSULA 13ª - DA JUNTA MÉDICA

13.1 - As divergências de natureza médica sobre o atendimento previsto no contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada no presente contrato, serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro desempassador, escolhido pelos dois nomeados;

13.1.1 - Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**;

13.1.2 - A remuneração do médico desempataador é de responsabilidade da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA 14ª - DOS SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

14.1 - Será fornecida ao beneficiário uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;

14.2 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **CONTRATADA** terá suas atualizações disponíveis na sede da Contrata-da, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet, no endereço www.humanaSaude.com.br;

14.3 - A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quando da sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- a) a substituição da entidade hospitalar por ou-tra equivalente e mediante comunicação aos consumidores 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 **CONTRATADA** 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 **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **CONTRATADA** a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- d) em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

CLÁUSULA 15ª - DA MENSALIDADE

15.1 - Todos os pagamentos serão feitos pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, na modalidade de pré-pagamento, de acordo com as condições definidas na Tabela de Preços, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais;

15.2 - A primeira mensalidade vence na data da assinatura da Solicitação de Adesão, e as demais no mesmo dia nos meses subsequentes;

15.3 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se o **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**;

15.4 - O **CONTRATANTE** em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa de 2% e juros de mora, sem prejuízo da sua atualização monetária;

15.5 - O pagamento da mensalidade posterior não quita débitos anteriores.

CLÁUSULA 16ª - DO REAJUSTE DOS VALORES

16.1 - As mensalidades serão corrigidas anualmente e o reajuste terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observando o limite máximo autorizado pela ANS;

16.2 - Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços será aplicada a fórmula que se segue:

Ir = (Cons x P1) + (Ex x P2) + (Proc x P3) + (HM x P4) + (S x P5) + (DT x P6) + (MM x P7) + (DG x P8),

ONDE:

Ir = Índice de reajuste;

Cons = Variação dos preços das consultas;

Ex = Variação dos preços dos exames;

Proc = Variação dos preços dos procedimentos;

HM = Variação dos preços dos honorários médicos;

S = Variação dos salários, comprovada através de acordos, convenções ou dissídios coletivos entre os sindicatos de classe, ou resultantes da política salarial oficial;

DT = Variação dos preços das diárias e taxas hospitalares, obtida pela média aritmética do aumento o período, na rede credenciada, que consta dos Orientadores Médicos da **CONTRATADA**;

MM = Variação dos preços de materiais e medicamentos (de acordo com o Brasíndice);

DG = Variação dos preços das despesas gerais (conforme a alteração percentual do índice autorizado pelo governo);

P1 a P8 = Representam os pesos de cada um dos respectivos itens na fórmula, de acordo com a apuração de seus custos pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA 17ª - DAS FAIXAS ETÁRIAS

17.1 - As faixas etárias previstas neste contrato são: **de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;**

17.2 - Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês seguinte ao da ocorrência. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 17% (dezessete por cento);
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 20% (vinte por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 27% (vinte e sete por cento);
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 32% (trinta e dois por cento);
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 40% (quarenta por cento);

§ 1º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

§ 2º A variação acumulada entra a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA 18ª - DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

18.1 - O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular;

18.2 – A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;

18.2.1 - Nos casos de extinção do vínculo do titular no plano familiar, o cônjuge beneficiário ou o beneficiário mais idoso, ou aquele que vier a ser indicado como responsável no caso de serem os beneficiários menores de idade, passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados. Nesses casos, deverá ser comunicada a exclusão à **CONTRATADA**, com a apresentação de uma declaração, para a alteração contratual e emissão de novo carnê de pagamento;

18.3 - O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

CLÁUSULA 19ª - DA RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

19.1 - O contrato será rescindido pelo atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de sua vigência, mediante notificação por escrito ao TITULAR/CONTRATANTE até o quinquagésimo dia de inadimplência;

19.2 - O contrato estará cancelado na ocorrência comprovada de fraude ou dolo por parte do TITULAR/CONTRATANTE e demais beneficiários, sem prejuízo das perdas e danos cabíveis;

19.3 - O contrato poderá, também, ser cancelado através de manifestação escrita do CONTRATANTE, sendo a alteração processada na data do vencimento da mensalidade, a partir de quando não haverá a obrigação do pagamento das mensalidades posteriores.

CLÁUSULA 20ª – DA CONSULTA MÉDICA

20.1 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado, nas condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

20.2 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico;

20.2.1 - As conseqüências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário;

20.3 - Para aplicação deste contrato as consultas são classificadas nos seguintes tipos:

- a) Consultas em consultório médico;
- b) Consultas em centro médico ou clínica.

CLÁUSULA 21ª – DOS EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO AMBULATORIAL

21.1 - A cobertura de custeio de serviços de apoio diagnóstico, e de procedimentos terapêuticos ambulatoriais será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, nos limites e condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

21.2 – A solicitação de exames ou procedimentos para o plano de rede credenciada deverá ser emitida pelo médico responsável pelo atendimento ao beneficiário e deverão ser submetidas à análise da CONTRATADA. A guia de autorização será emitida dentro dos prazos dispostos na RN nº 259/11;

21.3 - Para fins deste contrato, são considerados exames básicos de apoio diagnóstico:

1. Exames Básicos de Análises Clínicas: Ácido Úrico, Antibiograma, Bacterioscopia, Beta-HCG, Cálcio, Citologia Cérvico-Vaginal, Clearance de Creatinina, Colesterol, Creatinina, Culturas em Geral, Estradiol, Fator RH, Fosfatase Alcalina, Glicose, Grupo Sangüneo ABO e RH, Hemoglobina Glicolisada, Hemograma, Lipidograma, Mantoux, Parasitológico, Potássio, PPD, Rotina de Urina, Sódio, T4 Tiroxina, Tempo de Coagulação, Tempo de Protrombina, Tempo de Sangramento, TGO, TGP, TSH, Triglicerídios, VDRL - Sífilis, VHS;
2. Exames de Citopatologia e Anátomo-Patologia, excetuando-se os de imuno-histoquímica;
3. Eletrocardiograma;
4. Exames Radiológicos simples;
5. Colposcopia e Colpocitologia;

6. Exames de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, exceto os referidos na Cláusula 21.4, itens 12 e 13;

21.4 - Para fins deste contrato, **são considerados exames especiais de apoio diagnóstico:**

1. Exames Laboratoriais de Radioimunoensaio, Exames Laboratoriais de Dosagens Hormonais, Exames Laboratoriais de Imunologia, Exames Laboratoriais de PCR, Exames Laboratoriais de Genética Clínica;
2. Ergometria, MAPA, Holter e Ecocardiograma;
3. Exames de diagnóstico em Medicina Nuclear;
4. Exames de Endoscopia Digestiva, Respiratória e Urológica realizados em regime ambulatorial;
5. Exames de Neurofisiologia, Urodinâmica e Eletroencefalograma;
6. Exames de Ultrassonografia e Exames Radiológicos contrastados do aparelho digestivo e urinários;
7. Exames Radiológicos de Tomografia Computadorizada, de Neurorradiologia, Angiografias, Corona-riografias, Mielografias, Radiologia Intervencionista e Exames de Ressonância Magnética;
8. Exames de Hemodinâmica, e Exames Cardio-vasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia;
9. Exames Angiológicos de Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultrassônica;
10. Exames de Densitometria Óssea e Histeroscopia diagnóstica;
11. Testes alérgicos e Provas Imuno-alérgicas;
12. Exames especiais em oftalmologia: retinografia fluorescente, biometria e paquimetria ultrassônica, microscopia especular de córnea e campimetria computadorizada;
13. Exames especiais em otorrinolaringologia: audiometria cortical, eletrococleografia, electroneurografia, pesquisa de potenciais auditivos de tronco cerebral (Bera), testes vestibulares, registro de nistagmo, teste de glicerol e exames endoscópicos;

21.5 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos de alta complexidade**, todos aqueles definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

21.6 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos terapêuticos básicos**, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

1. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Oftalmologia;
2. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Otorrinolaringologia;
3. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Ortopedia e Traumatologia;
4. Procedimentos Ambulatoriais não Cirúrgicos em Urologia;
5. Inaloterapia;

21.7 - Para fins deste contrato, são considerados **procedimentos terapêuticos especiais**, desde que realizados em regime ambulatorial, os seguintes procedimentos:

1. Cirurgias de porte zero nas especialidades de Dermatologia e Cirurgia Plástica;
2. Cirurgias em regime de Day-Hospital;
3. Dessensibilização;
4. Diálise ou hemodiálise;

5. Fisioterapia;
6. Hemodinâmica terapêutica e angioplastias;
7. Hemoterapia;
8. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Cirurgia Plástica;
9. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Oftalmologia;
10. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Otorrinolaringologia;
11. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais em Urologia;
12. Procedimentos para Litotripsias extra-corpóreas;
13. Procedimentos terapêuticos endoscópicos digestivos, respiratórios e urológicos;
14. Quimioterapia ambulatorial;
15. Quimioterapia intra-tecal ou com medicina nuclear;
16. Radioterapia do tipo megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia;
17. Radioterapia do tipo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
18. Tratamento de doenças psiquiátricas em regime ambulatorial;
19. Tratamento hiperbárico;
20. Vídeolaparoscopia e procedimentos vídeo-assistidos com finalidade terapêutico/diagnóstica ambulatorial;

21.8 – Os exames e procedimentos terapêuticos especiais necessitarão sempre da autorização prévia da CONTRATADA para sua cobertura;

21.9 - Somente haverá cobertura dos custos referentes à remoção do paciente de hospital para hospital, e desde que comprovadamente necessária, quando observados os seguintes limites e condições:

- a) Prévia autorização da **CONTRATADA**;
- b) Impossibilidade de locomoção do beneficiário;
- c) Remoção realizada por serviços credenciados e através de ambulância terrestre;

Assim, por exemplo, não haverá cobertura pela **CONTRATADA** para remoção de paciente de sua residência ou trabalho para um hospital.

CLÁUSULA 22ª – DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A cobertura de custeio de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a Saúde, rege-se de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **com acomodação em quarto individual, nos limites e condições das cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento, e no que segue:**

22.1 - Nas internações de caráter de urgência ou emergência, o beneficiário ou seu responsável fará comunicar à **CONTRATADA, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis**, as razões da internação, encaminhando também a declaração do médico assistente para apreciação, de acordo com o que estabelece o presente contrato;

22.2 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, **devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências da CONTRATADA**. A guia de autorização para internação será fornecida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a partir do momento da solicitação ou de prazo inferior em caso de urgência;

22.3 - A exigência da declaração do médico assistente visa deixar claro para a **CONTRATADA** e o **CONTRATANTE** a existência da cobertura prevista neste contrato, **devendo especificar o diagnóstico, o tempo de evolução da doença, e o tratamento proposto;**

22.4 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas;

22.5 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como refeições para acompanhantes não obrigatórios, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela CONTRATADA;**

22.6 - Nas situações previstas na Cláusula que trata do Programa Especial de Atendimento, nos casos de urgência e/ou emergência em que ocorra internação em outro hospital que não faça parte do Programa de Atendimento Especial, a **CONTRATADA** deverá ser comunicada imediatamente e, após autorização por parte do beneficiário, do seu responsável ou do seu médico, será providenciada a remoção (transferência) do paciente para um dos hospitais de direcionamento, sendo o custo da remoção coberto pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA 23ª - DO PROGRAMA ESPECIAL DE ATENDIMENTO

23.1 – As condições médicas a seguir terão o atendimento realizado por credenciados selecionados para tal e participantes dos Programas Especiais de Atendimento:

- a) Transplantes de órgãos cobertos – rim, córnea e medula óssea;
- b) Tratamento cirúrgico da refração, para grau maior que 5(cinco);
- c) Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (gastroplastia redutora, gastroentero-anastomoses e outras);
- d) Tratamento de quimioterapia e radioterapia;
- e) Tratamento fisioterápico de reabilitação;
- f) Implante de marcapasso definitivo;
- g) Cirurgia de ablação de feixe de His (arritmia cardíaca);
- h) Cirurgias ortopédicas, cardiovasculares, neurológicas e otorrinolaringológicas que necessitem de próteses, órteses ou material de fixação;
- i) Internações, exames especiais e procedimentos terapêuticos especiais relacionados às doenças e lesões, de acordo com os grupos diagnósticos especificados a seguir:
 - Doenças do aparelho cárdio-circulatório (CID I 10 – I 52)
 - Diabetes mellitus (CID E 10 – E 14)
 - Insuficiência renal (CID N 17 – N 19)
 - Doenças relacionadas ao HIV e suas complicações (CID B 20 – B 24)

- Oncologia (CID C 00 – C97 / D00 – D09)
- Gravidez de Alto Risco (CID O10-048)
- Doenças psiquiátricas e tratamento de dependência química (CID F00-F99)

23.2 – É de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** a definição das normas técnicas para a seleção dos credenciados participantes deste Programa, podendo incluir outras doenças e tratamentos.

CLÁUSULA 24ª - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 - Fazem parte do contrato as Solicitações de Adesão que incluem as Declarações de Saúde dos beneficiários, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Orientador Médico com a rede credenciada do plano e os documentos comprovantes de pagamento;

24.2 - O **CONTRATANTE** é o único responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da assinatura da Solicitação de Adesão, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF, ou certidão de nascimento e casamento. É também responsável pelo preenchimento das informações pessoais de cada um de seus dependentes;

24.2.1 - A omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pelo **CONTRATANTE**, fazendo com que ele e seus dependentes ou beneficiários possam usufruir de benefícios que não teriam caso tivessem informado ou declarado de forma correta, é reconhecida como violação do contrato, permitindo à empresa buscar até mesmo liminarmente a proteção dos seus direitos, sem prejuízo de poder a **CONTRATADA** buscar ainda o cancelamento do contrato por fraude e/ou buscar ser indenizada pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevida;

24.3 - No caso de não adesão em que já tenha havido pagamento da mensalidade, os valores pagos devem ser devolvidos atualizados pela HUMANA SAÚDE. A restituição deve ocorrer até 03 (três) dias úteis após o pagamento da mensalidade;

24.4 - O **CONTRATANTE** poderá solicitar a mudança de plano na data de aniversário do contrato. A mudança dependerá da assinatura de novo contrato;

24.5 - Quando o beneficiário não tiver direito à aplicação das regras de portabilidade e optar pela transferência de plano para um plano de segmentação superior, será contabilizado para fins de carência o tempo de vigência do contrato anterior; porém, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, **haverá a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias;**

24.6 - O **CONTRATANTE** obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente aos beneficiários excluídos, ficando a **CONTRATADA** autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação;

24.7 - Não se constituirá novação, ou de qualquer modo, modificação do contrato, qualquer moratória, dilação ou concessão outorgada pela **CONTRATADA** a qualquer dos beneficiários, sendo essa concessão, portanto, revogável a qualquer tempo por qualquer das partes;

24.8 - O contrato constitui o único e integral acordo entre as partes referentes ao objeto constante da Cláusula 1ª e cancela todos os outros compromissos, entendimentos, contratos e garantias porventura existentes entre as partes e referentes ao objeto constante da Cláusula 1ª já mencionado, mesmo que sejam verbais ou escritos, dando-se às partes mutuamente ampla e total quitação;

24.9 - Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a **CONTRATADA** na sua comunicação com o cliente poderá se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente esses: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), e-mails, telefone, ou qualquer outro meio eletrônico ou físico;

24.10 - Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou o **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicações posteriores por escrito.

CLÁUSULA 25ª - DA ELEIÇÃO DE FORO

25.1 - O foro para o caso de litígio ou pendência judicial será o do domicílio do **CONTRATANTE**, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

(Versão 002 - set2013)