ANEXO I
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANS nº 357511

humana SAÚDE NORDESTE

Operadora: Humana Saúde Nordeste Ltda.
CNPJ: 00.361.325/0001-08
Nº registro na ANS: 35751-1
Site: https://www.humanasaude.com.br/nordeste/
Tel.: (86) 3221-1000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN º 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos **não** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual.Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.		
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por **não** pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.	

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

ANS nº 357511

humana SAÚDE NORDESTE

Operadora: Humana Saúde Nordeste Ltda.
CNPJ: 00.361.325/0001-08
N° de registro na ANS: 35751-1
N° de registro do produto: 501.339/25-9
Site: https://www.humanasaude.com.br/nordeste/
Tel.: (86) 3221-1000

Guia de Leitura Contratual

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	**2**
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	**2**
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	**-**
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	**2**
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	**5**
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	**11**
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	**0**

CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	**13**
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	**16**
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	**12**
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	**25**
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	**19**
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	**-**

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar — Ministério da Saúde — BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

ANS nº 357511

humana ODONTO

CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE DE CLÁUSULAS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO
2. ATRIBUTOS DO CONTRATO
3. CONDIÇÕES DA CONTRATANTE E DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS
4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA
6. DURAÇÃO DO CONTRATO
7. PERÍODOS DE CARÊNCIA
8. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO
10. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS
11. REAJUSTE
12. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS
13. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
14. RESCISÃO/SUSPENSÃO
15. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
16. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS
17. DEFINIÇÕES
18. DISPOSIÇÕES GERAIS
19. ELEIÇÃO DE FORO

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

9.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA HUMANA SAÚDE NORDESTE LTDA. nome fantasia Humana Saúde, classificada como Operadora de plano de saúde na modalidade Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 35751-1 com **Matriz em Teresina/PI**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0001-08, com sede e endereço de correspondência na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina/PI, CEP: 64.000-020; **Filial Parnaíba/PI**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0003-61, com sede e endereço de correspondência na Av. Presidente Vargas, nº 202, Centro, Parnaíba/PI, CEP: 64200-200; **Filial Floriano/PI**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0004-42, com sede e endereço de correspondência na Av. Eurípedes de Aguiar, nº 422, Sala 11, Centro, Floriano/PI, CEP: 64800-002; **Filial Picos/PI**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0005-23, com sede e endereço de correspondência na Rua Monsenhor Hipólito, nº 988, Centro, Picos/PI, CEP 64600-002; **Filial Natal/RN**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0007-95, com sede e endereço de correspondência na Av. Prudente de Morais, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510; **Filial São Luís/MA**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0009-57, com sede e endereço de correspondência na Av. Getúlio Vargas, 2063, Bairro Fabril, CEP 65.025-000; **Filial São Luís/MA**, inscrita no CPNJ do MF sob o nº 00.361.325/0013-33, com sede e endereço de correspondência na Rua das Gaivotas, 19, Calhau, São Luís/MA, CEP 65.071-770; **Filial São Luís/MA**, inscrita no CPNJ do MF sob o nº 00.361.325/0015-03, com sede e endereço de correspondência na Avenida Getúlio Vargas, 2302, Monte Castelo, São Luís/MA, CEP 65.030-005; **Filial São Luís/MA**, inscrita no CPNJ do MF sob o nº 00.361.325/0014-14, com sede e endereço de correspondência na Avenida Getúlio Vargas, 1.847, Fabril, São Luís/MA, CEP 65.020-300; **Filial Imperatriz/MA**, inscrita no CNPJ do MF sob o n° 00.361.325/0011-71, com sede e endereço de correspondência na Rodovia BR-010, 100, Sala A00122, Jardim São luis, Imperatriz/MA, CEP 65.913-015, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada "CONTRATADA" ou "OPERADORA".

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

1.2. QUALIFICAÇÕES DO CONTRATANTE: Pessoa jurídica qualificada na Proposta de Adesão, a qual contempla o número da versão do contrato de plano privado de assistência à saúde ora firmado, doravante denominada "CONTRATANTE", que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para seus beneficiários, assim entendidas as pessoas físicas que usufruirão os serviços ora contratados, na qualidade de pessoas vinculadas à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, abrangendo os sócios e administradores da pessoa jurídica Contratante, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes da CONTRATANTE, bem como seus dependentes, obedecidas as disposições deste instrumento.

CONTRATANTE e CONTRATADA, quando em conjunto, doravante denominados simplesmente "CONTRATANTES" ou "Partes".

1.3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:
Nome Comercial: Odonto Plus DOC N CE
Registro de Produto na ANS n° 501.339/25-9

1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO:
A contratação deste contrato é definida como Coletiva Empresarial.

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:
O Plano possui segmentação assistencial exclusivamente odontológica.

1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:
A área geográfica de abrangência é qualificada como Nacional.

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
Compõe a área de atuação deste plano: todos os municípios brasileiros.

1.8. FORMAÇÃO DO PREÇO:
A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é o preestabelecido.

1.9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO:
ASSISTENCIAIS: Autorização prévia; Direcionamento ou hierarquização do acesso; Referenciamento de prestador.

1.10. COBERTURAS ADICIONAIS
Outros, conforme Cláusula Quarta, item 4.5.

2. ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. OBJETO DO CONTRATO
O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde prevista no inciso I do artigo 1º da Lei 9.656/98, visando à Assistência **Odontológica** com a cobertura de doenças relacionadas à saúde bucal, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, por meio dos procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

ANS vigente à época do evento, pertencentes à segmentação odontológica, a serem garantidos exclusivamente na rede credenciada e contratada da OPERADORA, de acordo com os mecanismos de regulação assistenciais explicitados nesse Contrato e Anexos.

2.2. NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

A natureza do presente instrumento jurídico é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando sujeito também às disposições do Código de Defesa do Consumidor (CDC), no que couber.

2.3. USO DO GÊNERO

As definições contidas neste Contrato se aplicarão tanto no singular quanto no plural e o uso de qualquer termo no gênero masculino incluirá o gênero feminino e vice-versa.

3. CONDIÇÕES DA CONTRATANTE E DE ADMISSÃO DOS BENEFICIÁRIOS

Contratante

3.1. Poderá figurar como Contratante a pessoa jurídica de direito privado ou público, podendo se enquadrar como sociedade empresária, sociedade simples, sociedade de advogados, empresas públicas, autarquias, empresário individual, entre outras, com o intuito de oferecer às pessoas físicas a ela vinculadas em razão de emprego ou sociedade, excluído o vínculo associativo.

3.1.1. A Contratante deverá estar com o cadastro junto à Receita Federal ativo e regular, não estar em processo de recuperação judicial e deverá apresentar os atos constitutivos atualizados, informações de planos ou seguros de saúde anteriormente contratados, cartão de CNPJ recente para início das tratativas de comercialização.

3.1.2. A Contratante que se enquadrar como empresário individual deverá apresentar à Operadora documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

3.1.3. Anualmente, a Contratante enquadrada como empresário individual deverá comprovar sua condição regular de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados, mencionada no caput, junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários. A Contratada poderá solicitar a comprovação, a qualquer tempo, documentos para comprovação da regular situação de empresário individual, com vistas à contratação do plano de saúde.

Titulares

3.2. São beneficiários titulares as pessoas vinculadas à pessoa jurídica Contratante por relação empregatícia ou estatutária, ativos ou inativos, na forma da Lei 9.656/98 e sua regulamentação, abrangendo os sócios e administradores da pessoa jurídica Contratante, os agentes políticos, os trabalhadores temporários, os estagiários e menores aprendizes da Contratante, inscritos como tais para os fins deste contrato.

Dependentes

3.2. São beneficiários dependentes em relação ao beneficiário titular, aqueles listados abaixo, salvo se expressamente estabelecido de forma diversa na proposta:

a) o(a) cônjuge, o(a) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;
b) o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.
c) o(s) filho(s), o(s) enteado(s);
d) o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s).

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

e) Pai, mãe, irmãos(ãs), avós, netos(as), tios(as), sobrinhos(as), bisnetos(as), sogro(a), padrasto, madrasta e cunhado(a), genro e nora.

Filhos, Menores sob Guarda e Tutela – Condições Especiais Legais

3.4. É assegurada a inclusão do recém-nascido natural ou adotivo, do recém-nascido sob guarda ou tutela, do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário, ou sob guarda ou tutela deste, do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a categoria do beneficiário a ser incluída esteja arrolada como dependente no item acima.

3.5. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde.

3.6. A condição de dependência deverá ser comprovada pelos beneficiários por meio de documentos.

3.7. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será excluído do contrato quando solicitado pela Contratante. A Contratada poderá excluir o beneficiário sempre que tomar conhecimento da perda dos vínculos do titular com a Contratante, ou pela perda da condição de dependência

Movimentação

3.8. Caberá à Contratante solicitar a inclusão, suspensão ou exclusão de Beneficiários no contrato.

3.9. A Contratante obriga-se a fornecer à Operadora, através da ferramenta WEB empresa, nos termos acordados na proposta de adesão, a relação de inclusões e exclusões de beneficiários no plano, contendo: os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, a vinculação com a empresa, indicação de dependência, documentos que comprovem a elegibilidade do titular e as condições de dependência, devendo informar também se há a previsão dos Beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objeto deste e de que maneira.

3.9.1. Os pedidos de inclusões serão processados na forma prevista na proposta de adesão, sendo a cobrança da primeira mensalidade calculada de forma pró-rata a partir do ingresso do beneficiário.

3.9.2. Os pedidos de exclusões serão processados no 1º dia útil do mês subsequente ao aviso escrito ou pela ferramenta.

3.10. As Partes adotarão sistema eletrônico de informação de dados, em ambiente seguro, em que a Contratante terá ingresso mediante informação de l*ogin* e *senha*. Por esse sistema serão realizadas todas as transferências de dados e documentos, bem como solicitações de inclusões, exclusões, avisos e notificações.

3.11. Quando for o caso, ficará a critério da Operadora a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários.

3.12. Nenhuma inclusão ou exclusão será processada sem a totalidade dos documentos exigidos pela Contratada, arcando a Contratante com a responsabilidade e os ônus advindos do atraso, os quais são os seguintes:

3.12.1. Documentos exigidos para inclusão:

a) RG e CPF para todos titulares e dependentes.
b) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é responsável.
c) Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).
d) Comprovante de vínculo empregatício, E-social , Guia GFIP, Guia de FGTS para o titular.
e) Ficha de inclusão.
f) Protocolo de recebimento de GLC, MPS e cópia de contrato.
g) Termo de ciência e consentimento para tratamento de dados, conforme Lei 13.709/2018.

3.12.2. Documentos exigidos para exclusão:

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

Ficha de exclusão, conforme RN 488/2022 e suas alterações posteriores, devidamente preenchida. Comprovante de extinção do vínculo com a empresa, para os titulares.

3.13. A exclusão do Beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

3.14. Para fins de cumprimento da RN 488/2022, e suas alterações posteriores, nenhuma exclusão será aceita sem comprovação de que o ex-funcionário tenha sido comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

3.15. Nos termos da Resolução Normativa 561/2022, e suas alterações posteriores, nas hipóteses de solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, a Contratante tem o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da solicitação, para cientificar a Contratada do pedido de exclusão. Caso a Contratante deixe de providenciar a comunicação dentro do prazo estipulado, o beneficiário titular poderá requerer a exclusão diretamente à Contratada.

3.16. O número de beneficiários inscritos no ato da assinatura deste instrumento está descrito na proposta de adesão.

Terceirizados

3.17. É permitido à Contratante, de acordo com o art. 29, I da RN 557/2022, e suas alterações posteriores, admitir conjuntamente com empresas terceirizadas, filiais e pertencentes ao mesmo grupo econômico, como co-Contratantes, ficando a critério da Contratada a análise da possibilidade, data e forma da reunião dessas empresas.

3.18. A responsabilidade pela movimentação, faturamento, pagamento poderá ficar a cargo exclusivo da Contratante, ou de cada pessoa jurídica participante do grupo, sendo cabíveis a todas as participantes as exigências documentais e procedimentais expostas nessa Cláusula para admissão e exclusão.

3.19. Para fins de cumprimento das Resoluções Normativas/ANS - RN 565/2022, RN 558/2022 e RN 557/2022, e suas alterações posteriores, o número de vidas a ser considerado será o total da carteira apurada na somatória das vidas pertencentes ao grupo de empresas reunidas na contratação.

3.20. A exclusão do Beneficiário titular cancelará a inscrição de seus respectivos dependentes.

3.21. Nos termos das Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o beneficiário titular poderá requerer a exclusão sua ou de dependente diretamente à Contratada ou da Administradora de Benefícios.

3.22. O número de beneficiários inscritos no ato da assinatura deste instrumento está descrito na proposta de adesão.

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A Operadora assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, a cobertura para as doenças relacionadas à saúde bucal, listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, exclusivamente dentro da segmentação assistencial **Odontológica**, na rede credenciada da Operadora e na área de atuação do plano de saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS, pertencentes à segmentação odontológica, vigente à época, obedecendo às condições previstas nas diretrizes de utilização, salvo as exceções mencionadas no item "Exclusões de Cobertura" deste contrato e conforme Lei nº 9.656/98.

4.2. O Plano ora contratado compreende os atendimentos realizados em consultório na segmentação exclusivamente odontológica.

4.3. Os procedimentos e eventos para os quais a ANS indique Diretrizes de Utilização serão cobertos pela Contratada se constatados os critérios condicionantes da obrigatoriedade de cobertura.

A – COBERTURA ODONTOLÓGICA

A1. A cobertura compreende os procedimentos exclusivamente odontológicos realizáveis em consultório,

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.

I. Estão previstos no atual Rol de procedimentos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
	CIRURGIA	
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRURGICO EM ODONTOLOGIA	1000
82000034	ALVEOLOPLASTIA	100
82000050	AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGRADA	122
82000069	AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGRADA	122
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	320
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	280
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	360
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	320
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	280
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	240
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	150
82000239	BIOPSIA	67
82000247	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	67
82000255	BIOPSIA DE LABIO	67
82000263	BIOPSIA DE LINGUA	67
82000271	BIOPSIA DE MANDIBULA	67
82000280	BIOPSIA DE MAXILA	67
82000298	BRIDECTOMIA	250
82000301	BRIDOTOMIA	250
82001367	CIRURGIA DE OSTEOMA E ODONTOMA	80
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	300
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR ¿ BILATERAL	320
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR ¿ UNILATERAL	150
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	200
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	150
82000506	CONTROLE POS-OPERATORIO EM ODONTOLOGIA	20
82000794	EXCISAO DE MUCOCELE	67
82000808	EXCISAO DE RANULA	114
82000743	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	60
82000786	EXERESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDIBULA / MAXILA	114
82000778	EXERESE OU EXCISAO DE CALCULO SALIVAR	67
82000816	EXODONTIA A RETALHO	120

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICACAO ORTODONTICA/PROTETICA	80
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	80
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	80
82000883	FRENECTOMIA LABIAL E LINGUAL	80
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	80
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	80
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	80
82001073	ODONTO-SECCAO	80
82001103	PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	168
82001154	RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	150
82001170	REDUCAO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA	320
82001189	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA	320
82001286	REMOCAO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	320
82001294	REMOCAO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	320
82001308	REMOCAO DE DRENO EXTRA-ORAL	67
82001316	REMOCAO DE DRENO INTRA-ORAL	67
82001553	TRATAMENTO CIRUG. DE TUMORES BENI. E HIPER. DE TECIDO MOLE	185
82001588	TRATAMENTO CIRUG. DE TUMORES BENI. E HIPER. DE TECIDO OSSEO	185
82001634	TRATAMENTO CIRUG. DE TUMORES BENIGNOS ODONT. S/ RECONSTRUCAO	185
82001545	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIAO BUCO-M	185
82001529	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISSULAS BUCOSSINOSAL	185
82001510	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS BUCONASAIS OU BUCOSINUSAIS	185
82001618	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA MANDIBULA/MAXILA	185
82001596	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDIBULA/MAXILA	185
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	67
82001685	TUNELIZACAO	300
DENTÍSTICA		
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	200
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	20
85100099	RESTAURACAO DE AMALGAMA - 1 FACE	67
85100102	RESTAURACAO DE AMALGAMA - 2 FACES	100
85100110	RESTAURACAO DE AMALGAMA - 3 FACES	117
85100129	RESTAURACAO DE AMALGAMA - 4 FACES	134
85100196	RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE	80
85100200	RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	117
85100218	RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES	150
85100226	RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 FACES	150
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	34
DIAGNOSTICO		

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	40
81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	40
81000111	CONSULTA ODONTOLOGICA PARA AVALIACAO TECNICA DE AUDITORIA	67
81000138	DIAG ANAT PATOLOGICO EM MATERIAL NA REGIAO BUCO.MF	67
81000154	DIAG ANAT PATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUCO.MF	67
81000170	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUCO-MAXIL	67
81000189	DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLOGICO	100
DTM		
82001197	REDUCAO DE LUXACAO DA ATM	67
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM	67
ENDODONTIA		
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	67
85200034	PULPECTOMIA	67
85200042	PULPOTOMIA	104
85200050	REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	67
85200069	REMOCAO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODONTICO	67
85200093	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	533
85200107	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	775
85200115	RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	330
85200123	TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA	200
85200131	TRATAMENTO ENDODONDICO DE DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA	60
85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	412
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	630
85200166	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	230
ODONTOPEDIATRIA		
84000031	APLICACAO DE CARIOSTATICO	20
84000058	APLICACAO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA	28
84000074	APLICACAO DE SELANTE DE FOSSULAS E FISSURAS	28
84000090	APLICACAO TOPICA DE FLUOR	80
84000112	APLICACAO TOPICA DE VERNIZ FLUORETADO	25
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	25
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	25
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	34
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	60
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	20
84000171	CONTROLE DE CARIE INCIPIENTE	25
82000700	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E/OU	60
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUO	80
85000787	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS	67
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO (HEMI-ARCO)	45

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	130
84000201	REMINERALIZACAO	25
85300055	REMOCAO DOS FATORES DE RETENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	80
83000135	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	100
85100137	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	80
85100145	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES	100
85100153	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES	100
85100161	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES	120
83000151	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	200
82001707	ULECTOMIA	80
82001715	ULOTOMIA	80
PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS		
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	25
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDAD	60
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAS EM ODONTOLOGIA	60
PERIODONTIA		
82000212	AUMENTO DE COROA CLINICA	137
82000336	CIRURGIA ODONTOLOGICA A RETALHO	67
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	224
82000557	CUNHA PROXIMAL	80
85300012	DESSENSIBILIZACAO DENTARIA	20
82000921	GENGIVECTOMIA	67
82000948	GENGIVOPLASTIA	220
85300020	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES	114
85300039	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR (HEMI-ARCO)	104
85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (HEMI-ARCO)	57
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	100
PREVENÇÃO		
90800033	PACOTE DE PREVENÇÃO I (HEMI-ARCO)	57
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	60
PRÓTESE		
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO	54
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	54
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	150
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	200
83000046	COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO	100
87000059	COROA DE ACO EM DENTE PERMANENTE	150
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO	150
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	200
85400076	COROA PROVISORIA COM PINO	208

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

85400084	COROA PROVISORIA SEM PINO	208
85400114	COROA TOTAL EM CEROMERO	950
85400149	COROA TOTAL METALICA	543
85400211	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	180
85400220	NUCLEO METALICO FUNDIDO	270
85400262	PINO PRE FABRICADO	150
85200026	PREPARO PARA NUCLEO INTRARRADICULAR	67
85400459	PROVISORIO PARA RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	134
85200077	REMOCAO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	67
85400505	REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO	90
85400556	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	410
RADIOLOGIA		
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)	100
81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA	100
81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	20
81000383	RX OCLUSAL	40
81000421	RX PERIAPICAL	17
URGÊNCIA		
81000057	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA 24 HS	67
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS	67
81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA	60
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	67
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	67
82001022	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA - ORAL	67
82001030	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA - ORAL	67
85400467	RECIMENTACAO DE TRABALHOS PROTETICOS	67
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA	67
82001251	REIMPLANTE DENTARIO COM CONTENCAO	67
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	67
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	67
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	67

II. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

III. Os procedimentos e eventos em saúde odontológicos de cobertura obrigatória, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

IV. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória na segmentação odontológica, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, serão cobertos, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência odontológica e prestadores de serviço odontológico.

V. Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no rol da ANS para a segmentação odontológica serão cobertos pelos planos odontológicos.

4.4. IMPORTANTE

I. Os itens inseridos nesta cláusula "cobertura" são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se o CONTRATANTE por quaisquer outras despesas.

II. Quando da edição de novos róis, pela ANS, poderá ocorrer:

a) INCLUSÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS;
b) EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS;
c) PREVISÃO DE NOVAS TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS OU PROFISSIONAIS;
d) ALTERAÇÃO DE NOMENCLATURA DE PROCEDIMENTOS;
e) EXCLUSÃO DE TÉCNICAS OU PROFISSIONAIS; e
f) ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.

III. Desta forma, com a edição de novo Rol de procedimentos ocorre mudança nos direitos dos Beneficiários ao acesso à cobertura, com o quê a Contratante está ciente e de acordo.

4.5. COBERTURAS ADICIONAIS

4.5.1. Além das coberturas previstas no Rol de Procedimentos e os acréscimos decorrentes das alterações normativas e legislativas posteriores, esse plano oferece cobertura para tratamentos ortodônticos, os quais compreendem os seguintes procedimentos:

CÓDIGO	DESCRICÃO	US
81000553	DOCUMENTACÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL	100
91000100	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA (01 Raio-x Panorâmico, 01 Telerradiografia lateral, 01 Traçado Cefalométrico, 01 Par de modelos, 05 Fotos)	100
98968564	DOCUMENTAÇÃO ORTOPÉDICA (01 Raio-x Panorâmico, 01 Telerradiografia lateral, 01 Traçado Cefalométrico, 01 Par de modelos, 05 Fotos)	100
85400246	ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	1000

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Em conformidade com o previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98, respeitadas as coberturas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei nº 9.656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editados pela ANS, vigente à época do evento, estão excluídos da cobertura do plano ora contratado os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste contrato, bem como:

(1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

(2) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

(3) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

(4) Fornecimento de medicamentos, tratamentos, consultas em âmbito domiciliar (Home Care);

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

(5) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
(6) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
(7) Os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
(8) Os procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
(9) Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no rol de procedimentos da ANS como de cobertura obrigatória para a segmentação odontológica serão cobertos.
(9.1) Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar.
(10) Exames laboratoriais fora do rol de procedimentos odontológicos.
(11) Aparelho ortodôntico estético.
(12) Aparelho ortodôntico do tipo auto-ligado.
(13) Aparelho ortodôntico do tipo alinhador invisível.

(14) Implantes Ortodônticos.
(15) Cirurgias do tipo ortognática, cirurgias para localização e tracionamento de dentes inclusos e/ou impactados.
(16) Cirurgia para desimpactação de dentes permanentes.

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá prazo de vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, iniciando-se na data da assinatura do instrumento jurídico, ou qualquer outra que as PARTES assim definirem, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado.

6.1.1. É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em razão da renovação, a cada ano contratual, salvo os reajustes contratuais previstos no presente instrumento.

6.2. A data de vigência dos contratos celebrados por meio eletrônico será o dia do efetivo pagamento da primeira mensalidade do plano de saúde, desde que não haja disposição diversa acordada entre as partes.

6.3. Considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios, se essa se tratar de coestipulante.

6.4. Havendo rescisão imotivada em período inferior aos 24 (vinte e quatro) meses iniciais, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre as parcelas vincendas.

6.5. Por se tratar de interrupção na vigência do Contrato, a possibilidade de **Downgrade e Upgrade**, antes dos primeiros 12 (doze) meses do contrato, deve atender às regras de vigência mínima e será apreciada pela Contratante.

6.5.1. Ultrapassados os 12 (doze) meses de vigência, caberá à Contratante o direito de realizar **Upgrade**, que é a troca de plano para outro com maiores coberturas, ou área de abrangência mais extensa que do plano original. Poderá, a sua escolha, a Contratante solicitar **Downgrade**, que compreende a troca para plano de saúde com coberturas menores, ou área de abrangência menos extensa que do plano original.

6.5.2. Ocorrendo o **Upgrade ou Downgrade**, o presente contrato será cancelado e nova minuta e termo de adesão firmados, que retratem a nova negociação, sendo que, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelos beneficiários. Nesse caso, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, em relação ao acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

constantes do plano anterior.

6.5.3. Na hipótese de realização de **Upgrade ou Downgrade**, não será necessária a reapresentação de documentos dos beneficiários, sendo a movimentação realizada mediante confirmação da Contratante da transferência da integralidade da massa de beneficiários.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das carências a seguir especificadas.

7.2. Para fins deste contrato, as carências serão dispensadas quando presentes os requisitos abaixo:

a) que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou

b) a cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde, desde que:

I- o beneficiário tenha se vinculado à Contratante, após o prazo de 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo e

II- a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

7.3. Após o transcurso dos prazos definidos acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, a partir do ingresso do Beneficiário no contrato de plano de saúde; respeitados os seguintes os prazos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência,

b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

7.4. Os prazos indicados na Cláusula 7.3 poderão ser negociados entre as Partes desde que expressamente estabelecidos na Proposta, que será parte integrante do presente Contrato, ou mediante assinatura de PRC-Programa de Redução de Carências.

7.5. Serão considerados os períodos de carência, porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo Beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

7.5.1. Nessa hipótese, será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando no novo plano for garantido acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor área de abrangência maior que a anterior. As carências serão cobradas somente em relação às novas condições acrescentadas pelo Contrato novo.

7.6. A contagem do prazo de carência é efetuada em relação a cada beneficiário, sendo contada da data de ingresso no Plano Privado de Assistência à Saúde de cada um dos beneficiários.

8. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E REEMBOLSO

8.1. Os atendimentos de urgência previstos neste contrato são os constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, na segmentação Odontológica, relacionados à dor, fratura, infecção e risco de perda do dente, os quais também estão citados na cláusula de Coberturas e Procedimentos Garantidos, na especialidade de Urgência, conforme descrito a seguir:

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final;
- Colagem de Fragmentos Dentários;
- Consulta Odontológica de Urgência;
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial;
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial;
- Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal;

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

- Curativo em caso de odontalgia aguda /pulpectomia/necrose;
- Gengivectomia;
- Gengivoplastia;
- Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial;
- Incisão e Drenagem Intra -Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial;
- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos;
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes Pulpotomia;
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético;
- Redução de Luxação da Atm;
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção;
- Remoção de Dreno Extra-Oral;
- Remoção de Dreno Intra-Oral;
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante;
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial;
- Tratamento de Abscesso Periodontal;
- Tratamento de Alveolite;
- Tratamento de Odontalgia Aguda;

8.1.1. Nas situações de urgência e/ou emergência, o Beneficiário deve procurar uma das clínicas credenciadas, próprias ou contratadas para atendimento, ou se informar pelo site, telefone, App da Operadora, os serviços de atendimento e horários de funcionamento.

8.2. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

8.2.1. A Operadora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos moldes deste instrumento.

8.2.2. O reembolso, que não poderá ser inferior à tabela de preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Preços praticada pela Operadora e sua rede credenciada, da localidade da prestação dos serviços e vigente à data do evento, pagável no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de reembolso parcial:

a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;

b) relatório do cirurgião dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento;

c) recibos de pagamentos individualizados de honorários dos cirurgiões assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;

d) comprovantes relativos à realização dos serviços e exames odontológicos, acompanhados do pedido do cirurgião dentista assistente.

8.2.3. Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, após o qual o beneficiário deverá, obrigatoriamente, dirigir-se às entidades credenciadas para atendimento aos beneficiários do plano ora Contratadas.

8.2.4. O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data do evento.

8.2.5. Não serão reembolsados:

a) procedimentos realizados em caráter eletivo;

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

b) procedimentos não cobertos pelo plano;
c) eventos sem comprovação de pagamento, sem recibo e sem nota fiscal.

8.3. ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

8.3.1. Será garantido o reembolso das despesas odontológicas, comprovadamente pagas, de acordo com a Tabela de Referência contratada, quando o beneficiário utilizar os serviços de profissionais e instituições não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada, desde que tais atendimentos estejam previstos no Rol de Procedimentos, de acordo com a segmentação assistencial contratada, dentro da área de atuação do contrato, e realizados após o cumprimento dos prazos de carências.

8.3.2. Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os cirurgiões dentistas ou clínicas odontológicas não pertencentes à rede credenciada, mas relacionam-se com a Tabela Referência.

8.4. Este contrato garante reembolso na Livre Escolha dos seguintes procedimentos:

8.4.1. Consultas Odontológicas, Exames Odontológicos Complementares, Prevenção Odontológica, Periodontia, Dentística, Endodontia, Cirurgia Odontológica Ambulatorial - O reembolso de honorários profissionais será efetuado com base na Tabela de Referência disposta no item A – Cobertura Odontológica, obedecida a seguinte fórmula:

VALOR DA UNIDADE DE SERVIÇO DO PROCEDIMENTO x R$ 0,25 (VALOR DO COEFICIENTE)

Sendo, Valor da Unidade de Serviço acessível no item A – Cobertura Odontológica e Valor do Coeficiente contratado e exposto na Proposta de adesão.

8.5. O reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da entrega, pelo beneficiário, à Contratada dos seguintes documentos:

a) Formulário de Solicitação de Reembolso disponível no site da Operadora devidamente preenchido e assinado.
b) Relatório do odontólogo assistente, com letra legível e assinado pelo profissional, contendo a especialidade de atuação do profissional, o diagnóstico do evento, a data provável do início da doença, a data do atendimento do beneficiário, o tratamento promovido, a descrição das condições de urgência e emergência.
c) Recibo de pagamento ou nota fiscal quitada, contendo, de forma detalhada, todas as despesas incorridas pelo beneficiário, tais como honorários, diárias, materiais, exames realizados e medicamentos utilizados, dentre outros.
d) Documentos bancários que comprovem a titularidade do beneficiário que receberá o reembolso.
e) Nos casos de serviços e procedimentos que contenham Diretriz de Utilização – DUT estabelecidas, o beneficiário deve apresentar laudo ou atestado emitido pelo profissional que realizou o serviço ou procedimento atestando o cumprimento da Diretriz de Utilização.

8.6. O reembolso será efetuado pela Contratada por meio de crédito em contracorrente, com a indicação do banco e do número da conta corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que realizou o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou cheque emitido pela Operadora.

8.7. O prazo máximo para a apresentação dos pedidos de reembolso será de 1 (um) ano após a realização dos eventos cobertos.

8.8. Havendo dúvidas no cálculo do reembolso, o beneficiário poderá entrar em contato com a OPERADORA pelo seguinte canal: SAC 0800 600 0055.

8.9. É facultado ao Contratante solicitar a revisão dos valores de reembolso em até 180 (cento e oitenta) dias de seu efetivo pagamento pela Operadora.

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1. Condições de atendimento ao beneficiário: A OPERADORA assegurará aos Beneficiários inscritos neste contrato, as coberturas nele previstas, nas condições ajustadas, sendo que para ter qualquer atendimento o Beneficiário deve apresentar o cartão de identificação válido, físico ou virtual, fornecido pela OPERADORA, documento de identidade com foto e a observar o seguinte:

A – Utilização de Documentos, Cartão e Biometria

No momento do atendimento, para sua regular fruição dos serviços a OPERADORA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, virtual ou físico, referente ao plano ora contratado, com descrição de suas características, cuja apresentação deve ser acompanhada de documento de identidade com foto, legalmente reconhecido, confirmação de biometria ou qualquer outro meio que venha a ser adotado pela Operadora.

9.1. Para fins de cumprimento contratual, prevenção à fraude, segurança dos titulares e garantia do uso adequado da rede assistencial, o Beneficiário declara estar ciente e autoriza que a Operadora utilize tecnologias e procedimentos voltados à sua identificação segura, especialmente nos processos de autenticação de identidade e validação de acesso aos serviços de saúde disponibilizados por meio dos canais físicos e eletrônicos.O tratamento dos dados pessoais, incluindo dados biométricos ou outros meios tecnológicos de autenticação, observará rigorosamente os princípios, bases legais e diretrizes previstos na Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), em especial o princípio da necessidade, segurança e prevenção, sendo limitado ao mínimo necessário para a adequada execução do contrato e proteção do titular contra usos indevidos de suas informações.

9.1.1. O Beneficiário declara-se ciente, ainda, de que a exigência de biometria encontra -se em conformidade com as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

9.2. O uso indevido do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO por qualquer beneficiário (titular ou dependentes), poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo beneficiário do plano.

9.2.1. Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, do Token Odonto ou Biometria por terceiros que não sejam os beneficiários representados no cartão.

9.3. Ocorrendo a perda, extravio, furto ou roubo de quaisquer desses CARTÕES INDIVIDUAIS DE IDENTIFICAÇÃO, a Contratante deverá comunicar o fato à Operadora, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via.

9.4. A título de identificação, caso seja utilizada biometria ou outro método de identificação ("Token Odonto"), fornecido por ferramenta de envio de mensagem ou aplicativo da operadora, o beneficiário assume a reponsabilidade pela veracidade das informações.

B – Utilização da Rede Credenciada

9.5. A Operadora assegurará os procedimentos cobertos pelo plano exclusivamente nos prestadores próprios, por ela contratados ou credenciados, dentro da área de abrangência, pertencentes a rede de atendimento do presente Contrato, conforme informado na Proposta de Adesão.

9.6. Será disponibilizado virtualmente aos beneficiários o Guia da Rede Assistencial, nos termos da Proposta de Adesão. O referido guia fornecerá a relação de prestadores, com os respectivos endereços. Fica a cargo do beneficiário, a confirmação prévia das informações contidas no guia, em razão do processo dinâmico que gera constantes alterações Contratada na rede, bem como obedecer às regras que disciplinam

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

o atendimento pelos prestadores.

9.6.1. A relação contendo os dados dos prestadores Operadora, disposta no Guia da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, será atualizada periodicamente e disponibilizada no site da Operadora, podendo ainda o Contratante tirar dúvidas através dos canais de atendimento da Operadora.

9.7. A Operadora reserva-se ao direito de rescindir ou substituir, todo e qualquer contrato de prestação de serviços de sua rede assistencial Contratada, referenciado ou credenciado, constante do Guia da Rede Assistencial, bem como contratar novos serviços, a seu critério, sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais.

C – Direcionamento, Referenciamento e Porta de Entrada

Direcionamento

9.8. A Operadora assegurará aos beneficiários os serviços odontológicos, ambulatoriais, auxiliares de diagnóstico e terapia, previstos neste contrato e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, através da Rede Assistencial, conforme Guia Odontológico, nos termos especificado abaixo:

a) Consultas: serão prestados em clínicas, serviços ou consultórios próprios ou credenciados, direcionados pela Operadora;
b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em clínicas, serviços ou consultórios próprios ou credenciados, direcionados pela Operadora;
c) Exames: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante direcionamento da Operadora.

9.9. A data e horário de atendimento serão determinadas por iniciativa do Beneficiário, de acordo com a agenda do profissional credenciado escolhido.

Referenciamento

9.10. A Contratada atualizará periodicamente os procedimentos e tratamentos, cuja cobertura se dá por meio de prestadores referenciados com direcionamento, nos termos das regulações vigentes.

D – Autorização e Auditoria prévias

9.11. Os serviços e atendimentos objeto da contratação serão prestados, mediante autorização e auditoria odontológica prévias da Operadora, a seu exclusivo critério, exceto aqueles caracterizados como urgência e emergência, na forma da Lei 9.656/98.

9.12. Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais somente serão autorizados se solicitados pelo cirurgião-dentista, devidamente registrados em seus conselhos profissionais, não havendo restrição se não pertencentes à rede própria ou contratualizada da Operadora.

9.13. As autorizações serão obtidas pelo profissional credenciado por meio dos canais digitais da Operadora.

9.14. Estão sujeitos à autorização prévia: exames e procedimentos.

9.15. Nos procedimentos que exigem autorização e auditoria prévia, a Contratada garantirá ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador nos prazos estabelecidos pela regulação aplicável expedida pela ANS, a partir do momento da solicitação.

9.16. A Operadora indicará os documentos necessários para análise e poderá solicitar, em qualquer etapa do processo de autorização de procedimentos, a apresentação de documentos complementares que auxiliem na análise técnica do(s) procedimento(s) solicitado(s), a exemplo de laudos de exames, justificativas do profissional assistente, dentre outros.

9.17. A Operadora não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com profissionais ou entidades Contratadas ou não, a não ser que tenha previamente autorizado a fazê-lo mediante documento escrito. Tais despesas correm por conta exclusiva do beneficiário.

9.18. Incorrendo na hipótese do item anterior, de autorização de realização de acordos particulares, o beneficiário deverá apresentar os valores gastos à Operadora, mediante documentos, recibos e notas fiscais

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

originais. O reembolso, depois de apresentada toda documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.
9.19. O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
9.20. A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o profissional credenciado deverá renová-lo através de nova solicitação que poderá passar por auditoria prévia.
9.21. Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá contatar a Operadora para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos na RN 259/2011 e suas atualizações, para o procedimento solicitado.
9.22. A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

E – Junta Odontológica

9.23. No caso de situações de divergências odontológicas a respeito de auditoria odontológica, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, por cirurgião dentista da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.
9.24. Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo dentista/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta odontológica para dirimir o impasse.
9.25. Havendo instauração de junta odontológica, o beneficiário poderá ser notificado para participar, prestar esclarecimentos e apresentar laudos e exames e o seu procedimento obedecerá à regulamentação da ANS, atualmente a RN 424/2017, especialmente os artigos 13 a 20.

10. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE

10.1. FORMAÇÃO DO PREÇO

10.1.1. Este contrato tem sua formação de preço pré-pagamento entre Contratante e Contratada, de acordo com as condições firmadas e constantes na proposta de admissão, sendo o pagamento valor da mensalidade efetuado pelo Contratante antes da possibilidade de utilização das coberturas Contratadas.
10.1.2. Na hipótese de a população incluída não corresponder àquela informada pela Contratante para a formação do preço, as PARTES poderão de boa-fé renegociar as condições e revisar os valores do contrato. Caso as Partes não cheguem a um consenso sobre a revisão contratual, a critério da Contratada, o contrato poderá ser rescindido, sem prejuízo de aplicação de multa prevista na cláusula 6.4 do presente contrato.

10.2. MENSALIDADE

10.2.1. O pagamento da mensalidade é de responsabilidade exclusiva da Contratante.
10.2.2. Caso a Contratante não receba a fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à Operadora, ou baixar do sítio eletrônico da Contratada, na área do cliente, ou no aplicativo.
10.2.3. Ficará a cargo da Operadora a escolha do modo de cobrança mais adequado à região, ficando, desde já autorizada pela Contratante a enviar o boleto, e relatórios financeiros por meio de endereço eletrônico, informado nesse contrato.
10.2.4. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

mensalidade, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia que não haja expediente bancário.

10.2.5. O recebimento pela Contratada de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.2.6. Em casos de atraso no pagamento das mensalidades, será cobrada multa em favor da Contratada de 2% (dois por cento), e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária pelo IGPM.

10.2.7. Em caso de atraso no pagamento das mensalidades superiores a 7 (sete) dias, a Operadora poderá, a seu critério, suspender o contrato, sem necessidade de notificação prévia.

10.2.8. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.

10.2.9. O preço por Beneficiário cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na Solicitação de Inclusão será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de beneficiários, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

10.2.10. A Contratante tem conhecimento de que, na hipótese de atraso ou inadimplemento de quaisquer das parcelas da mensalidade, o débito poderá ser levado a protesto, entregue à firma de cobrança ou ainda ser informado ao Serviço de Proteção ao Crédito (SPC), SERASA Experian e outros órgãos de restrição de crédito, além de estar sujeito à cobrança judicial, observada a legislação vigente.

10.2.11. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

10.3. Casos de Inadimplemento dos Beneficiários

10.3.1. Havendo informação pela Contratante de inadimplemento por parte dos beneficiários por mais de 7 (sete) dias, caberá à Contratada a suspensão ou exclusão do titular e seu grupo familiar, independentemente de notificação, conforme definido na Proposta de Adesão.

10.3.2. O beneficiário excluído perderá os prazos de cumprimento de carências sendo que para seu retorno ao plano, cumprirá novos prazos de carências, se não ingressar em período que permita a isenção do cumprimento dessas.

10.3.3. O beneficiário suspenso poderá retornar ao plano, sem o cumprimento de carências, desde que pague suas obrigações perante a Contratante.

10.3.4. Caso a Proposta de Adesão preveja prazos distintos que os estabelecidos nessa minuta para suspensão ou rescisão, valerão aqueles previstos e definidos pelas Partes na Proposta de adesão.

11. REAJUSTE

REAJUSTE FINANCEIRO

11.1. Os valores de mensalidade serão reajustados anualmente, independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, no aniversário de vigência do contrato.

11.2. A Operadora aplicará anualmente, sobre o valor da mensalidade do contrato, na data de seu aniversário ou em período inferior, caso a legislação venha a permitir, o Índice de Reajuste (IR) composto pelo Reajuste Técnico (RT) e Reajuste Financeiro (RF), podendo a aplicação destes ocorrer de forma cumulativa, conforme a seguir:

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

IR = [(1 + RF) x (1 + RT) – 1
Onde,
IR = Índice de Reajuste (em %) RF = Reajuste Financeiro (em %)
RT = Reajuste Técnico (sinistralidade em %)

11.3. O Reajuste Financeiro terá por base o último IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado por 12 meses, divulgado pelo IBGE ou outro que venha substituí-lo.
11.4. O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

RT= [(ΣD/ ΣM)/ IE] – 1
Onde,
RT = Reajuste Técnico (em %), o RT será o maior valor entre o zero e o valor resultante do cálculo, ou seja, RT = máximo entre 0% e [(ΣD/ ΣM/ IE) – 1]
ΣD = Total de Despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/contratos fora do período de carência.
ΣM = Total de Mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.
IE = Índice de Equilíbrio, correspondente a 50% para todos os contratos.

11.4.1. O período apurado será o de 12 (doze) meses anteriores e consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerando este o mês de início de vigência do Contrato.
11.4.2. Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.
11.5. No mês de aplicação do reajuste a Operadora disponibilizará ao Contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens acima, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

12. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

12.1. DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PELOS EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA

12.1.1. No caso de demissão ou exoneração sem justa causa, a Operadora assegura ao beneficiário titular - que contribuir para o plano de saúde em razão de seu vínculo empregatício com a Contratante, , o direito de
manter sua condição de beneficiário, individualmente ou com parte do seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da(s) mensalidade(s) após o desligamento.
12.1.1.1. É garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário.

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

12.1.2. O período de manutenção na condição de beneficiário pelo ex-empregado demitido ou exonerado será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano contratado ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

12.1.3. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

12.1.3.1. Também se considera contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade Contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

12.1.4. Os direitos previstos no artigo 30 da Lei n˚9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

12.1.5. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei n˚9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

12.1.6. Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 30 da Lei n˚9.656/98.

12.1.7. O direito de manutenção no plano não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

12.1.8. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

12.1.8.1. A contagem do prazo supramencionado somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

12.1.9. A Operadora, ao receber a comunicação de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica Contratante que lhe informe:

a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa.
b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, pois nesse caso ser-lhe-á garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5º da RN 488/2022, e suas posteriores alterações.
c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.
d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, sendo cumulativos o período contribuído sucessivamente para outras Operadoras e em empresas submetidas a fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha havido rescisão do contrato de trabalho durante o processo.

e) Se há convenção ou acordo coletivo de trabalho que estabeleça vantagens relacionadas com o plano de saúde que vão além daquelas estabelecidas no artigo 30 da Lei n˚9.656/98;
f) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

condição.

12.1.10. A exclusão do beneficiário do plano de saúde contratado somente deverá ser aceita pela Operadora mediante a comprovação de que foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no item anterior.

12.1.11. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa como beneficiário do plano de saúde, os empregadores poderão:

a) Manter o ex-empregado no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa.
b) Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa, separado do plano dos empregados ativos.

12.1.12. O direito assegurado no artigo 30 da Lei n˚9.656/98 se extingue na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:

a) Pelo decurso do período de permanência do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa do plano de saúde;
b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego, ou seja, 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;
c) Pelo cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.
d) Quando da morte do beneficiário titular, subsistindo o direito de permanência aos seus dependentes.

12.1.13. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra Operadora.

12.1.14. É garantida a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar no universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

12.2. DO DIREITO DE MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO PELOS APOSENTADOS.

12.2.1. A Operadora assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos para o plano de saúde contratado, em razão de seu vínculo empregatício com a Contratante, o direito de manter sua condição de beneficiário, individualmente ou com parte do seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da(s) mensalidade(s) após o desligamento.

12.2.1.1. É garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

12.2.2. Na hipótese de contribuição pelo então empregado que se aposentar, por período inferior ao fixado no item anterior, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral.

12.2.3. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e
agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

12.2.3.1. Também se considera contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade Contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

12.2.4. Os direitos previstos no artigo 31 da Lei n° 9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.

12.2.5. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 31 da Lei n° 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

12.2.6. Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 31 da Lei n° 9.656/98.

12.2.7. O direito de manutenção no plano não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

12.2.8. O ex-empregado aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação da aposentadoria.

12.2.8.1. A contagem do prazo supramencionado somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

12.2.9. A Operadora, ao receber a comunicação de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica Contratante que lhe informe:

a) Se o beneficiário foi excluído por aposentadoria.
b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, pois nesse caso ser-lhe-á garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5º da RN 488/2022, e suas posteriores alterações.
c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.
d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, sendo cumulativo o período contribuído sucessivamente para outras Operadoras e em empresas submetidas à fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha havido rescisão do contrato de trabalho durante o processo.
e) Se há convenção ou acordo coletivo de trabalho que estabeleça vantagens relacionadas com o plano de saúde que vão além daquelas estabelecidas no artigo 31 da Lei n°9.656/98.
f) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

12.2.10. A exclusão do beneficiário do plano de saúde contratado somente deverá ser aceita pela Operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no item anterior.

12.2.11. Para manutenção do ex-empregado aposentado como beneficiário do plano de saúde, os empregadores poderão:

a) Manter o ex-empregado no mesmo plano em que se encontrava quando da aposentadoria.

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

b) Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados aposentados, separado do plano dos empregados ativos.

12.2.12. O direito assegurado no artigo 31 da Lei n° 9.656/98 se extingue na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:

a) Pelo decurso do período de permanência do ex-empregado aposentado no plano de saúde;
b) Pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego, ou seja, 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;
c) Pelo cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.
d) Quando da morte do beneficiário titular, subsistindo o direito de permanência aos seus dependentes.

12.2.13. O ex-empregado aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelo artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra Operadora.

12.2.14. É garantida a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar no universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

12.3. DAS OBRIGAÇÕES

12.3.1. Obrigações da Contratante

(1) A Contratante reconhece que pelos termos da lei deverá optar entre contratar plano de saúde exclusivo para o empregado demitido sem justa causa ou aposentado ou permitir a manutenção dos referidos beneficiários no plano existente para ativos, nos termos e pelo período estabelecido na RN 488/2022, conforme alterada.

I. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho. O valor da mensalidade a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos, com as devidas atualizações.

II. O plano exclusivo deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados. O referido plano deverá ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

III. O plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá possuir condições de reajuste, preço diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

IV. A CONTRATANTE deverá dar ciência, no ato da demissão, ao empregado demitido, exonerado ou aposentado da opção de manter-se no plano destinado aos inativos, que deverá ser feita em 30 dias da comunicação, sob pena de perda do direito.

V. Ao solicitar exclusão do empregado demitido ou aposentado, deverá fazê-lo na ficha de solicitação de exclusão, cujo modelo encontra-se em anexo, devidamente assinada pelo empregado e acompanhada de documentos comprobatórios das informações prestadas.

VI. A exclusão do empregado somente será efetivada após entrega da ficha de exclusão assinada, devidamente instruída com documentos, para que a Operadora possa avaliar sobre o direito do empregado ao benefício da manutenção no plano.

VII. Enquanto o funcionário estiver no plano, como empregado ativo da empresa, a CONTRATANTE

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

será responsável pelo pagamento da mensalidade do plano perante a OPERADORA.
VIII. Após o final processamento da exclusão do funcionário pela OPERADORA, a CONTRATANTE não terá quaisquer obrigações em relação ao pagamento da mensalidade do referido funcionário.

12.3.2. DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA

I. A OPERADORA deverá apresentar ao empregado, sempre que solicitado, a tabela de preços do plano.
II. A OPERADORA deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

12.3.3. DAS OBRIGAÇÕES DO EX-EMPREGADO

I. Para assegurar o direito à manutenção, o ex-empregado deverá dirigir-se à Operadora dentro do prazo de 30 dias a contar da demissão para assinar termo de admissão ao plano de inativos.
II. A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades será exclusivamente do ex-empregado.

13. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1. Caberá tão somente à pessoa jurídica Contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.
13.2. A exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários pela OPERADORA só poderá ocorrer, sem a anuência da pessoa jurídica Contratante, nas seguintes hipóteses:

a) fraude;
b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica Contratante, ou de dependência;
c) a pedido do beneficiário, nos termos da regulamentação vigente.

13.3. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição poderá ser excluído do contrato:

13.3.1. se ocorrer demissão ou aposentadoria, na condição de titular;
13.3.2. na situação de dependente, pela separação de corpos, o divórcio e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro e das noras e genros;
13.3.3. na situação de dependente, pelo atingimento da idade máxima estabelecida no contrato ou Proposta de Adesão.

13.4. A dissolução da união estável não autoriza a Operadora excluir os enteados, a não ser que haja solicitação expressa nesse sentido da Contratante.
13.5. O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 438 e suas alterações posteriores.
13.6. Também será excluído o beneficiário que vier a falecer, devendo a Contratante informar em até 30 dias, sob pena de pagamento das mensalidades que se vencerem.

14. RESCISÃO/SUSPENSÃO

14.1. Cumprido o prazo mínimo de vigência de 24 (vinte e quatro) meses, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes Contratantes, sem aplicação de multa rescisória, sem quaisquer
ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

a) a responsabilidade da Operadora quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual,

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

correndo as despesas, a partir daí, por conta da Contratante;

b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários;
c) no caso de contratos celebrados por Empresário Individual, a Operadora deve seguir o estabelecido no item 16.4.

14.2. O atraso no pagamento das mensalidades pela Contratante por período superior a 7 (sete) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, independentemente de notificação prévia, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e caso a inadimplência persista por 30 (trinta) dias, a Operadora poderá denunciar o contrato, mediante notificação prévia de 5 (cinco) dias corridos, que poderá ser realizada por e-mail, whatsapp, via Portal.

14.3. O presente contrato também poderá ser rescindido motivadamente a qualquer momento, mediante prévia comunicação de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de fraude, na hipótese prevista na cláusula 11.1.2 deste instrumento, de desequilíbrio contratual e quando seja verificada quantidade de beneficiários abaixo do acordado entre as Partes para manutenção da vigência, caso aplicável.

14.4. O contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado por Empresário Individual poderá ser rescindido pela Operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

14.4.1. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação.

14.5. Se nos contratos coletivos empresariais celebrados por Empresários Individuais for verificada a ilegitimidade da Contratante no mês de aniversário do contrato, ou em qualquer outro momento, a Operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

14.6. Na ocorrência de rescisão contratual imotivada antes do período de 24 (vinte e quatro) meses, a pedido da Contratante, caberá a esta pagar à Operadora multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) sobre a totalidade das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) ativos no contrato. Caberá a mesma multa, caso a Contratante retire, por movimentação, quase a totalidade do número de participantes do Contrato, antes do término da vigência de 24 (vinte e quatro) meses.

14.7. Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato, sem implicar em penalidades.

14.8. As partes acordam pela rescisão contratual quando houver divergência quanto ao percentual de reajuste anual a ser aplicado neste instrumento.

15. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

15.1. Para os fins desta Cláusula são considerados:

a) "Dados Pessoais": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;
b) "Representante do Titular dos Dados": Um dos pais ou o representante legal, conforme aplicável, para a coleta de consentimento quando ocorrer o Tratamento de Dados Pessoais da Criança.
c) "Criança": Em observância ao art. 2º do Estatuto de Criança e do Adolescente – ECA, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos.

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

d) "Tratamento": Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre Dados Pessoais ou sobre conjuntos de Dados Pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.
e) "Controlador": Parte que determina as finalidades e os meios de Tratamento de Dados Pessoais. No presente Contrato Contratante e Contratada ("Partes") são Controladores.
f) "Operador": Parte que trata Dados Pessoais de acordo com as instruções do Controlador. No presente Contrato, Operador será o terceiro que poderá ser contratado por qualquer das Partes.
g) "Incidente de Segurança": Acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de Tratamento inadequado ou ilícito dos Dados Pessoais.
h) "LGPD" significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018);

15.2. As Partes reconhecem e concordam que, no que diz respeito ao Tratamento dos Dados Pessoais, cada Parte atua como um controlador em relação a tal Tratamento e não se pretende que qualquer Parte atue como um operador para a outra Parte em relação a qualquer atividade de tratamento de referidos dados.
15.3. As Partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive, sempre e quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.7771/2017), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema ("Legislação Aplicável").
15.4. Cada Parte deverá assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte tenham sido coletados em conformidade com a Legislação Aplicável. As Partes deverão tomar as medidas necessárias, incluindo fornecer informações adequadas aos titulares de dados e garantir a existência de uma base legal, para que a outra Parte tenha o direito de receber tais Dados Pessoais para os fins previstos neste Contrato.
15.5. A Parte que receber os Dados Pessoais fornecidos pela outra Parte deverá tratar os Dados Pessoais somente na medida do necessário para atingir a finalidade pela qual os Dados Pessoais foram fornecidos e para cumprimento das obrigações previstas no presente Contrato. As Partes reconhecem que os Dados Pessoais também poderão ser tratados caso necessários para cumprimento de obrigação legal ou regulatória a qual a Parte esteja sujeita no Brasil ou para o exercício de direitos em processos judiciais, administrativos e arbitrais.
15.6. Cada Parte deverá usar os esforços razoáveis para assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte sejam precisos e atualizados.
15.7. Durante a vigência deste Contrato e sem prejuízo do cumprimento de obrigações previstas na Legislação Aplicável, as Partes observarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

a) Estabelecer registros de controle sobre o acesso aos Dados Pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis.

b) Mecanismos de autenticação de acesso, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais, bem como a adoção de técnicas que garantam a inviolabilidade dos Dados Pessoais, prevendo no mínimo a encriptação.
c) Inventário detalhado dos acessos aos Dados Pessoais, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades.

15.8. As Partes deverão manter sigilo em relação aos Dados Pessoais tratados em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratarem tais dados estejam comprometidas, de forma expressa

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o Tratamento de Dados Pessoais.

15.9. Na hipótese em que uma Parte não tenha condições isoladas para realizar o cumprimento das obrigações previstas na Legislação Aplicável em relação aos direitos dos titulares, cada Parte deverá auxiliar a outra, de imediato, visando:

a) Confirmação da existência de tratamento.
b) Informação sobre acesso aos dados.
c) Correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados.
d) Anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a lei.
e) Portabilidade dos dados.
f) Eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento, quando aplicável.
g) Elaboração de relatórios de impacto à proteção dos Dados Pessoais.
h) Informação sobre a possibilidade de não fornecimento do consentimento e sobre as consequências da negativa.
i) Revogação do consentimento.
j) Revisão de decisões automatizadas tomadas com base no tratamento de dados pessoais.

15.10. Cada Parte deverá informar, de maneira imediata, à outra Parte, qualquer solicitação de correção, eliminação, anonimização ou bloqueio dos Dados Pessoais, que tenha recebido do titular, para que seja repetido idêntico procedimento em relação à própria Parte ou com quaisquer terceiros que tenham recebido os Dados Pessoais do titular em virtude da existência deste Contrato, visando o atendimento da Legislação Aplicável, exceto nos casos em que o envio desta informação seja comprovadamente impossível ou implique esforço desproporcional.

15.11. As Parte se comprometem a, antes da coleta, acesso, uso e transferência dos Dados Pessoais, justificar a operação em uma das bases legais previstas na LGPD para que o Tratamento seja realizado legitimamente.

15.12. As Partes expressamente se comprometem a tratar os Dados Pessoais sensíveis que lhes forem confiados ou que eventualmente sejam tratados na relação direta com o titular em estrita observância das regras específicas previstas na Legislação Aplicável, incluindo, mas não se limitando à LGPD.

15.13. As Partes se comprometem a tratar os Dados Pessoais de Crianças e adolescentes em observância do disposto no art. 14, da LGPD.

15.14. Cada uma das Partes será a única responsável, independentemente da necessidade de comprovação de culpa, por eventuais Incidentes de Segurança que venham a ocorrer em relação aos Dados Pessoais tratados sob sua responsabilidade.

15.14.1. Caso uma das Partes seja demandada por qualquer pessoa, autoridade ou entidade, pública ou privada, em razão do Incidente de Segurança, fica garantido a essa Parte o direito de chamamento ou denunciação à lide, nos termos do Código de Processo Civil.

15.14.2. Em caso de Incidente de Segurança envolvendo Dados Pessoais obtidos em decorrência deste Contrato, independentemente do motivo que o tenha ocasionado, deverão as Partes, imediatamente, comunicarem-se mutuamente, através de notificação formal, certificando-se do recebimento, contendo no mínimo as seguintes informações:

a) data e hora do Incidente de Segurança;
b) data e hora da ciência pela Parte notificante;
c) relação dos tipos de dados afetados pelo Incidente de Segurança;
d) quantidade e relação de Titulares afetados pelo Incidente de Segurança;
e) dados e informações de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) para fornecer outras informações sobre o Incidente de Segurança;
f) descrição das possíveis consequência do Incidente de Segurança;

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

g) indicação das medidas adotadas, em andamento, e futuras para reparar o dano e evitar novos Incidentes de Segurança.

15.14.3. Caso a Parte não disponha de todas as informações elencadas no item acima no momento do envio da notificação, deverá encaminhá-las gradualmente, desde que o envio de todas as informações não exceda o prazo de 24 (vinte e quatro) horas a partir da ciência do incidente.

15.15. As Partes disponibilizarão toda a documentação necessária para demonstrar o cumprimento às obrigações estabelecidas neste Contrato e/ou na Legislação Aplicável, em período previamente combinado entre as Partes. Fica garantido às Partes o direito a realização de pelo menos uma auditoria semestral nos sistemas uma da outra, com o objetivo de verificar medidas e controles de segurança da informação e adequação do Tratamento de Dados Pessoais ao objeto e às obrigações do presente Contrato.

15.15.1. O relatório de auditoria deverá ser enviado à Parte auditada e à Parte solicitante, simultaneamente, e deverá ser considerada confidencial, podendo as Partes apenas divulgá-lo a seus respectivos assessores legais.

15.15.2. Os custos da auditoria deverão ser suportados pela Parte solicitante.

15.15.3. As Partes se comprometem a tomar todas as medidas para garantir que quaisquer vulnerabilidades de sistema, processos, governança e outros apontados no relatório de auditoria sejam tratados adequadamente, devendo preparar um plano de ação com cronograma razoável para a realização de referidas atividades, sem prejuízo da Parte solicitante decidir pela rescisão deste Contrato, uma vez consideradas graves as irregularidades verificadas.

15.15.4. Caso requerido por uma das Partes e não havendo a rescisão deste Contrato, referido plano de ação deverá ser compartilhado com a outra Parte, devendo a Parte auditada enviar a cada período trimestral uma atualização de status para atendimento a todos os pontos constantes do plano de ação.

15.16. Caso uma Parte tenha necessidade de compartilhar com terceiros os Dados Pessoais recebidos pela outra Parte, independentemente do motivo, deverá referida Parte impor a tais terceiros o dever de, no mínimo, cumprir com as obrigações estabelecidas neste Contrato bem como na Legislação Aplicável, sendo inclusive, responsável, perante a outra Parte, pelas atividades de Tratamento de Dados Pessoais exercidas pelo terceiro contratado e por eventuais Incidentes de Segurança.

15.17. Ao término da relação entre as Partes, cada Parte deverá, em caráter definitivo, eliminar, anonimizar e/ou bloquear acesso aos Dados Pessoais que tiverem sido tratados em decorrência do Contrato, salvo se referida Parte tiver base legal, de acordo com a Legislação Aplicável, para continuar o tratamento dos Dados Pessoais.

15.18. Em caso de descumprimento de qualquer obrigação prevista nesta Cláusula ou em caso de Incidente de Vazamento que imponha o dever à Parte inocente de indenizar o titular dos Dados Pessoais ou quaisquer terceiros, ficará a Parte infratora com a obrigação de reparar eventuais perdas e danos, as quais não estarão sujeitas a qualquer limite, ainda que disposto de outra forma no Contrato ou em qualquer outro instrumento firmado pelas Partes.

15.19. Na hipótese de qualquer alteração aos termos previstos nesta Cláusula, as Partes deverão celebrar aditivo contratual, por escrito, formalizando a mudança acordada.

16. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

16.1. A Contratante por meio do presente instrumento se compromete a obter junto aos Beneficiários a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual eles consentem e concordam que a Operadora realize o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), tomando decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, realizando operações como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

16.2. Sendo assim, a Contratante garante que a Operadora está autorizada a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos dados pessoais dos Beneficiários, cujo tratamento já está respaldado por base legal, regulamentar ou contratual também para as seguintes finalidades:

a) Possibilitar que a Operadora envie ou forneça ao Beneficiário seus produtos, serviços e benefícios advindos de convênio ou contrato com terceiros, de forma remunerada ou gratuita.
b) Possibilitar que a Operadora estruture, teste, promova e faça propaganda de produtos e serviços, personalizados ou não ao perfil do Beneficiário.

16.3. A Contratante assegura que colherá o consentimento dos Beneficiários para que a Operadora esteja autorizada a compartilhar os seus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas nesta Cláusula, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

16.4. A Operadora responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

16.5. A Contratante assegura, por meio do consentimento a ser colhido junto aos Beneficiários, que a Operadora poderá manter e tratar os dados pessoais daqueles durante todo o período em que estes forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas nesta Cláusula.

17. DEFINIÇÕES

17.1. Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS): Autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como entidade de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde suplementar.

AMBULATÓRIO: Estrutura arquitetada, 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.

ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO: Especificação nominal do estado ou municípios que integram a área geográfica de abrangência, onde a Operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde Contratadas pelo beneficiário.

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, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações.

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

AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO DE SAÚDE: Mecanismo de regulação da Operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde.

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

BENEFICIÁRIO DEPENDENTE: Qualquer pessoa incluída no mesmo plano de assistência à saúde, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica, devidamente comprovada, em relação ao beneficiário titular, exclusivamente, na forma e condições previstas neste instrumento.

BENEFICIÁRIO TITULAR: É o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual o caracteriza como detentor principal do vínculo com a OPERADORA.

BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

saúde, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.
CARÊNCIA: É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do beneficiário, validade, código de inscrição na OPERADORA, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.
CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. IMPORTANTE: Os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da segmentação odontológica divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, fixar diretrizes gerais para implementação do setor de saúde suplementar, deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões, nos moldes do art. 35-A da Lei n° 9.656/98.
CONSULTA: É o ato realizado pelo médico ou cirurgião dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.
MENSALIDADE: Pagamento de uma importância pelo CONTRATANTE de plano de saúde a uma **OPERADORA** para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.
DADOS PESSOAIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.
DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados") referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.
DIRETRIZES CLÍNICAS: Aquelas que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e definem a cobertura mínima obrigatória.
DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): regras que estabelecem critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I da Resolução Normativa -RN 465/2021 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.
EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA: Constatação odontológica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento odontológico imediato. Na Odontologia, são mais comuns os casos de urgência.
EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.
EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL: Situação na qual, de acordo com a legislação de plano de saúde e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

OPERADORA de plano privado de assistência à saúde.
INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO: Meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas Operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde.
MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à OPERADORA.
OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.
ÓRTESE: Entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.
PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma Operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou quaisquer outros para assistência à saúde.
PRODUTOS: São modalidades de planos de saúde oferecidos pela OPERADORA.
PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento preenchido pelo CONTRATANTE, que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato, na qual o proponente manifesta a intenção de contratar o plano de assistência à saúde, com pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos neste instrumento.
PRÓTESE: É entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
REDE ASSISTENCIAL OU REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela Operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.
REEMBOLSO: Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.
ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa – RN 465/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1° de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.
SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Operadora, para atendimento nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.
SERVIÇOS PRÓPRIOS DA OPERADORA: Clínica/Consultório de propriedade da OPERADORA.
TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos odontológicos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
URGÊNCIA: Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência odontológica imediata. São exemplos de casos de urgência na Odontologia: pulpite, pericementite, abscesso periapical agudo, abscesso sublingual (Angina de Ludwig), pericoronarites, hemorragia alveolar, luxação mandibular, alveolite, traumatismo dentário e dor súbita.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

18.1. A Contratante reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a Operadora, mesmo em caso de atendimentos por outras Operadoras, por meio do compartilhamento de rede (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que a Operadora manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.
18.2. A Contratante autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.
18.3. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação da Contratante e de seus beneficiários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

18.3.1. Quando necessário e cabível, observada a legislação de saúde suplementar, a Contratante será a única responsável por repassar o teor das informações prestadas pela Operadora, sendo a primeira obrigada a notificar os beneficiários inscritos no presente contrato, eximindo a segunda de qualquer responsabilidade quando as referidas informações não forem repassadas.

18.4. A Contratante assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.
18.5. A Contratante deverá notificar a Operadora sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.
18.6. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço por parte da Contratante, esta será considerada notificada automaticamente de todas as correspondências enviadas pela Operadora para o último endereço informado, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pela Contratante, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.
18.7. A Contratante é a única responsável pelas atualizações dos endereços e/ou dados cadastrais dos beneficiários inscritos neste contrato, devendo informar à Operadora as respectivas alterações, eximindo-a, inclusive, de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.
18.8. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço e/ou dados cadastrais dos beneficiários por parte da Contratante, esta será a única responsável pelo pagamento de quaisquer penalidades que sejam aplicadas à Operadora pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que relacionadas ao impedimento do envio de cartas, telegramas, e-mails, mensagens de texto e congêneres destinados ao(s) beneficiário(s), quando resultantes da privação das respectivas atualizações cadastrais pela Operadora.
18.9. Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

18.10. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do beneficiário na sede da Operadora, para consulta e cópia. Caso os beneficiários prefiram, também poderão consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio de seu endereço eletrônico.
18.11. A utilização dos serviços contratados durante o período de carência ou de suspensão implica em dever da Contratante pagar à Operadora o respectivo custo, aferido na Tabela de Referência de Preços e Serviços do plano ora contratado.
18.12. A Operadora não reembolsará despesas em prestadores que não possuam credenciamento para atendimento, salvo nos casos previstos neste instrumento.
18.13. Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, a Contratante poderá encaminhar reclamação escrita para a sede da Operadora, para a devida apuração.
18.14. A Operadora, por meio do presente instrumento, comunica à Contratante e aos beneficiários inscritos no plano de saúde ora contratado, que as substituições de prestadores havidas na rede assistencial ficarão disponíveis no campo "SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES" presente no site da Operadora e

Docusign Envelope ID: D5D45EFA-555C-4F7E-8F20-8A0F9C42255E

em seus canais de atendimento.

18.15. A Operadora e a Contratante ficam obrigadas a respeitar toda e qualquer legislação do país, especialmente, mas não somente, no que se refere à proibição do trabalho forçado, mão de obra escrava, e do trabalho infantil, comprometendo-se, ainda, a envidar esforços para que tais ações sejam adotadas nos contratos firmados com os fornecedores de seus insumos e/ou prestadores de serviços.

18.16. A Contratante declara ter ciência do inteiro teor dos documentos integrantes deste contrato, os quais lhe foram entregues VIRTUALMENTE para todos os fins e efeitos de direito, através do e-mail indicado:

a) Proposta de Adesão;
b) Tabela de valores de procedimentos a custo pós estabelecido;
c) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue anteriormente à assinatura da Proposta de Adesão e Contrato ora firmado;
d) Guia de Leitura Contratual (GLC)

18.17. É obrigação da Contratante fornecer ao beneficiário, no ato da sua inscrição, as informações relacionadas ao inteiro teor deste contrato.

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

18.19. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

19. ELEIÇÃO DE FORO

19.1. Fica eleito o foro da Comarca de domicílio do Contratante para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem assim, justas e Contratadas, as partes acordam pela formalização do presente instrumento, conforme a data e assinatura da Contratante e da Operadora contidas na Proposta de Adesão.

HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

DocuSigned by:
Ruy Francisco de Oliveira
A16CBE5B8671459...

RUY FRANCISCO DE OLIVEIRA
DIRETOR

DocuSigned by:
Alberto de Oliveira Pereira Filho
4F4E1BC78A5746F...

ALBERTO DE OLIVEIRA PEREIRA FILHO
GERENTE

v.janeiro/25