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 34818-0

humana SAÚDE SUL

Operadora: HUMANA SAUDE LTDA

CNPJ: 95.642.179/0001-97

Nº registro na ANS: 34818-0

Site: https://humanasaude.com.br

Tel.: 4004-7905

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.	

<table>
<tr><td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td>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.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td></td><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>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.</td></tr>
<tr><td></td><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</td></tr>
<tr><td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td><td colspan="3">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.</td></tr>
<tr><td>REAJUSTE</td><td>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.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
<tr><td>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</td><td colspan="3">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.</td></tr>
<tr><td>VIGÊNCIA</td><td>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</td><td colspan="2">A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</td></tr>
<tr><td>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</td><td>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.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

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 34818-0

humana SAÚDE SUL

Operadora: HUMANA SAUDE LTDA
CNPJ: 95.642.179/0001-97
N° de registro na ANS: 34818-0
N° de registro do produto: 508.111/26-4
Site: https://humanasaude.com.br
Tel.: 4004-7905

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.	**12**
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.	**-**

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.	**15**
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	**13**
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	**20**
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: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

ANS - nº 34818-0

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 DOS BENEFICIÁRIOS
4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS
5. EXCLUSÕES DE COBERTURA
6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO
7. PERÍODOS DE CARÊNCIA
8. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAE EMERGÊNCIA
9. MECANISMOS DE REGULAÇÃO
10. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS
11. REAJUSTE
12. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
13. RESCISÃO/SUSPENSÃO
14. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
15. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS
16. DEFINIÇÕES
17. DISPOSIÇÕES GERAIS
18. ELEIÇÃO DE FORO

1. CARACTERISTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA: HUMANA SAÚDE LTDA, nome fantasia Humana Saúde, classificada como Operadora de plano de saúde de Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 348180, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 95.642.179/0001-97, com sede na Av. Brasil, nº 3825, Zona 01 – Maringá-PR – 87.013-000 e **Filiais/Escritórios em Caxias do Sul/RS**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 95.642.179/0020-50, com sede na Av. Júlio de Castilhos, 2307 – Térreo 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 8º andar – Cinquentenário – CEP: 95.020-485, em **Marechal Cândido Rondon/PR**, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 95.642.179/0024-83, com sede na Rua Cabral, 985, Centro, 85.960-000, em **São José do Rio Preto/SP**, inscrita no CNPJ do MF sob nº 95.642.179/0034/55, com sede na Av. Presidente Juscelino Kubitscheck de Oliveira, 5000 sl 1701 e 1702, Torre A, Iguatemi, 15093-340, em **Belo Horizonte/MG,** inscrita no CNPJ do MF sob nº 95.642.179/0039-60, com sede na Rua Alvares Maciel, 59, PVMTO 1, Santa Efigenia, 30150-250 representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada “CONTRATADA” ou “OPERADORA”.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

1.2. QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE: Pessoa física já qualificada na Proposta de Adesão, a qual contempla o número da versão do contrato de plano privado de assistência à saúde odontológico ora firmado, doravante denominada "CONTRATANTE", ou "BENEFICIÁRIO". O CONTRATANTE poderá ter a qualidade de beneficiário titular do plano de saúde ou poderá ser somente responsável pelas obrigações contratuais 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 SENIOR MASTER PRÓTESE.
Registro de Produto na ANS nº 508.111/26-4.

1.4. TIPO DE CONTRATAÇÃO:
A contratação deste contrato é definida como Individual/Familiar.

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 Municipal.

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
Compõe a área de atuação deste plano o município de Maringá (PR).

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

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

2.1.1. 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 todas as doenças 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 ANS vigente à época do evento, a serem garantidos exclusivamente na rede credenciada

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

e contratada da OPERADORA, de acordo com os mecanismos de regulação assistenciais explicitados nesse Contrato e Anexos.

2.2. NATUREZA JURÍDICA DO CONTRATO

2.2.1. 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

2.3.1. 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, Titular e Representante legal

3.1. Poderá figurar como Contratante a pessoa física maior e capaz, podendo ser Titular para fins assistenciais ou não. Na hipótese de figurar somente como Contratante, será o Responsável Financeiro pelo Contrato.

3.1.1. A pessoa natural absoluta ou relativamente incapaz poderá ser Contratante desde que devidamente representada ou assistida por seu representante legal.

3.1.2. O Contratante somente poderá solicitar sua exclusão se apresentada expressa opção por um dos dependentes de aceitação do encargo da responsabilidade financeira. Caso contrário, o Contrato será cancelado.

3.1.3. Aceitando o encargo, o Dependente poderá se tornar Contratante e Titular, mantendo-se os demais beneficiários, se houver, vinculados ao Contrato.

Dependentes

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

(a) O(a) cônjuge, o(a) convivente, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-convivente, 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).

(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

3.3. É assegurada a inclusão do recém-nascido natural ou adotivo, do recém-nascido sob guarda ou tutela deste, do filho 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

Inclusão de Dependentes

3.4. A inclusão do Titular e respectivos dependentes será processada através da Proposta de Adesão, que integrará este contrato para todos os fins de direito.

3.5. Ficará a cargo do Titular, quando do preenchimento da Proposta de Adesão, informar a relação dos beneficiários dependentes a serem inscritos, contendo a respectiva qualificação e documentos comprobatórios.

3.6. Ocorrendo alterações dos dados cadastrais dos beneficiários, bem como de endereço, número de telefone, Whatsapp, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pelo Titular, CONTRATANTE ou Responsável Legal, sob pena de se sujeitar às consequências dessa omissão.

3.7. Poderão ser incluídos beneficiários dependentes, posteriormente à celebração deste contrato, desde que solicitado pelo beneficiário titular.

3.8. Em caso de inclusão de novo(s) dependente(s), este(s) deverá(ão) cumprir, por inteiro, os prazos de carência previstos neste contrato.

3.9. O beneficiário que, tendo sido incluído no plano por atender às condições exigidas, deixar de satisfazê-las posteriormente, será notificado da exclusão que ocorrerá em 30 dias e para firmar contrato em seu próprio nome.

3.10. 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 nas Resoluções Normativas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre o tema.

Documentos exigidos para Inclusão e Exclusão

3.11. A condição de dependência deverá ser comprovada pelos beneficiários através de documentos oficiais, os quais estão abaixo arrolados. Essa listagem poderá variar, caso a Proposta de Adesão preveja outros dependentes que não estejam neste contrato. Neste caso, a Proposta de Adesão indicará também os respectivos documentos.

3.12. Documentos exigidos para inclusão:

(a) Cédula de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e CPF para o titular 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 o responsável.

(c) Cópia de Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A Operadora assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, a cobertura para todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, dentro da segmentação contratada, exclusivamente na rede credenciada da Operadora e na área de atuação do plano de saúde, de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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, 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
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRURGICO EM ODONTOLOGIA	1000
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO	54
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	54
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
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
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	150
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	25
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	25
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	25
82000212	AUMENTO DE COROA CLINICA	137
82000239	BIOPSIA	67
82000247	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	67
82000255	BIOPSIA DE LABIO	67

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
82000263	BIOPSIA DE LINGUA	67
82000271	BIOPSIA DE MANDIBULA	67
82000280	BIOPSIA DE MAXILA	67
82000298	BRIDECTOMIA	250
82000301	BRIDOTOMIA	250
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	34
82001367	CIRURGIA DE OSTEOMA E ODONTOMA	80
82000336	CIRURGIA ODONTOLOGICA A RETALHO	67
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
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	224
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS	67
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	150
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	60
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDAD	60
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	40
81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA	60
81000057	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA 24 HS	67
81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	40
81000111	CONSULTA ODONTOLOGICA PARA AVALIACAO TECNICA DE AUDITORIA	67
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	20
84000171	CONTROLE DE CARIE INCIPIENTE	25
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
82000506	CONTROLE POS-OPERATORIO EM ODONTOLOGIA	20
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
85400084	COROA PROVISORIA SEM PINO	208
85400114	COROA TOTAL EM CEROMERO	950
85400149	COROA TOTAL METALICA	543

DS Fl

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
82000557	CUNHA PROXIMAL	80
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	67
85300012	DESSENSIBILIZACAO DENTARIA	20
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
82000700	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E/OU	60
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAS EM ODONTOLOGIA	60
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
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICACAO ORTODONTICA/PROTETICA	80
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	80
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUO	80
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	80
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	200
82000883	FRENECTOMIA LABIAL E LINGUAL	80
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	80
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	80
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	80
82000921	GENGIVECTOMIA	67
82000948	GENGIVOPLASTIA	220
85000787	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS	67
85300020	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES	114
82001022	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA - ORAL	67
82001030	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA - ORAL	67
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)	100
85400211	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	180
85400220	NUCLEO METALICO FUNDIDO	270
82001073	ODONTO-SECCAO	80
90800033	PACOTE DE PREVENÇÃO I (HEMI-ARCO)	57
85200026	PREPARO PARA NUCLEO INTRARRADICULAR	67
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO (HEMI-ARCO)	45
85400459	PROVISORIO PARA RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	134

DS Fl

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
85200034	PULPECTOMIA	67
85200042	PULPOTOMIA	104
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	130
82001103	PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	168
81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA	100
85300039	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR (HEMI-ARCO)	104
85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (HEMI-ARCO)	57
85400467	RECIMENTACAO DE TRABALHOS PROTETICOS	67
82001154	RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	150
82001170	REDUCAO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA	320
82001197	REDUCAO DE LUXACAO DA ATM	67
82001189	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA	320
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISORIA	67
82001251	REIMPLANTE DENTARIO COM CONTENCAO	67
84000201	REMINERALIZACAO	25
85200050	REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	67
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
85200069	REMOCAO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODONTICO	67
85200077	REMOCAO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	67
85400505	REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO	90
85300055	REMOCAO DOS FATORES DE RETENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	80
83000135	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	100
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
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
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
85400556	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	410

DS Fl

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	34
85200093	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	533
85200107	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	775
85200115	RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	330
81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	20
81000383	RX OCLUSAL	40
81000421	RX PERIAPICAL	17
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	67
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	60
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
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM	67
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	67
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	67
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	100
85200123	TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA	200
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	67
85200131	TRATAMENTO ENDODONDICO DE DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA	60
85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	412
83000151	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	200
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	630
85200166	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	230
82001685	TUNELIZACAO	300
82001707	ULECTOMIA	80
82001715	ULOTOMIA	80
85400246	PINO PRE FABRICADO	150

DS
Fl

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

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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, serão cobertos desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso 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 O 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 o 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	DESCRIÇÃO	US
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO (por elemento)	80
85100021	CLAREAMENTO DENTARIO CASEIRO (02 arcadas, inclui placa superior e inferior e até 05 seringas de clareador)	650
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO (02 arcadas)	700
90800031	CONSULTA DE AVALIAÇÃO DE DTM	40
81000090	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREMENTO DENTÁRIO CASEIRO	40

DS Fl

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	US
85400157	COROA METALO CERAMICA	1300
85400092	COROA TOTAL ACRILICA PRENSADA	208
85400165	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA - CERÔMERO	2525
85400173	COROA TOTAL METALO PLASTICA RESINA ACRILICA	750
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
85400190	FACETA EM CEROMERO	600
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	625
85400246	ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	1000
85400335	PROTESE PARCIAL FIXA METALO CERAMICA (Máximo 03 elementos, sendo somente um pontico)	1017
85400343	PROTESE PARCIAL FIXA METALO-PLASTICA (Máximo 03 elementos, sendo somente um pontico)	800
85400360	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA (Máximo 03 elementos, sendo somente um pontico)	250
85400440	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY	208
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	625
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	625
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	625
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY	1158
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO (01 par para as arcadas superior e inferior)	280
85400408	PRÓTESE TOTAL	1300
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	980
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	1300
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (em consultório)	334
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (em laboratório)	334
85400033	CONSERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (em consultório e em laboratório) CREDENCIADO PRÓTESE DENTÁRIA	328
85400050	CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL (em consultório e em laboratório) CREDENCIADO PRÓTESE DENTÁRIA	328
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	1500
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	700

DS Fl

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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);

(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.
- **a) 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 alinhador invisível.

(13) Implantes Ortodônticos.

(14) Cirurgias do tipo ortognática, cirurgias para localização e tracionamento de dentes inclusos e/ou impactados.

(15) Cirurgia para desimpactação de dentes permanentes.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com vigência inicial a contar da data da assinatura da Proposta de Adesão, ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado, sendo vedada a recontagem de carências.

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 odontológico, desde que não haja disposição diversa acordada entre as partes.

6.3. Havendo rescisão imotivada em período inferior aos 12 (DOZE) meses iniciais, será cobrada multa de 20% (vinte) por cento sobre as parcelas vincendas.

6.4. 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 Contratada.

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

6.4.2. 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. Neste 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 constantes do plano anterior.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

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

- 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência;
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

7.2. Os prazos indicados na Cláusula 7.1. poderão, a exclusivo critério da Contratada, ser reduzidos, desde que tal previsão conste, de forma expressa, no Termo de Adesão ou Aditivo PRC.

7.3. 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.

7.4. 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

7.4.1. 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.

8. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. Os atendimentos de urgência previstos neste contrato são so 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;
- 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;
- 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

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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;

b) Procedimentos não cobertos pelo plano;

c) Eventos sem comprovação de pagamento, sem recibo e sem nota fiscal.

9. MECANISMO 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

9.2. 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

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

reconhecido, confirmação de biometria ou qualquer outro meio que venha a ser adotado pela Operadora.

9.3. 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.

9.3.1. 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).

9.4. 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.

9.4.1. 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.

9.5. 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.

9.6. A título de identificação, caso seja utilizado biometria ou outro método de identificação (“Token Odonto”), fornecido por ferramenta de envio de mensagem ou aplicativo da operadora, o beneficiário assume a responsabilidade pela veracidade das informações.

B – Utilização da Rede Credenciada

9.7. 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.

9.8. Será disponibilizado virtualmente aos beneficiários o Guia de 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 o atendimento pelos prestadores.

9.8.1. A relação contendo os dados dos prestadores da 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.

9.9. 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,

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

sempre objetivando o aprimoramento da prestação dos serviços previstos neste instrumento, observado os trâmites legais.

C – Direcionamento, Referenciamento e Porta de Entrada

Direcionamento

9.10. 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.

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

Referenciamento

9.12. 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

9.13. 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.

9.14. 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.

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

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

9.17. 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.

9.18. 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.

9.19. 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

9.20. 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 originais. O reembolso, depois de apresentada toda a documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

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

9.22. 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.

9.23. 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.

9.24. A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

E – Junta Odontológica

9.25. 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.

9.26. 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.

9.27. 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 pela Contratante antes da possibilidade de utilização das coberturas Contratadas.

10.2. MENSALIDADE

10.2.1. O pagamento da mensalidade é de responsabilidade exclusiva do Contratante.

10.2.2. Caso o 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 Contratante, 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 pelo Contratante a enviar o boleto digital e relatórios

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

financeiros digitais por meio virtual, nos endereços eletrônicos, informados nesse contrato.

10.2.4. Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da 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. O pagamento da mensalidade referente a um determinado mês, não quita débitos anteriores.

10.2.8. O 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.

11. REAJUSTE

11.1. O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual, e será o IPCA-Saúde/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo).

11.1.1. Caso a nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.2. As demais obrigações financeiras previstas neste Instrumento (tais como, segunda via do Cartão Individual de Identificação e coparticipações, se houver, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.3. Independentemente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

11.3.1. Fica estabelecido que o valor relativo à inclusão de dependentes, terá o primeiro reajuste na data do aniversário da vigência do presente contrato para o Beneficiário Titular unificando-se as respectivas datas-bases.

11.3.2. Os reajustes posteriores e subsequentes à unificação das datas-bases respeitarão as disposições contidas nesta clausula.

12. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

12.1. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário titular:

a) Quando expressa e comprovadamente solicitar sua exclusão;

b) Quando vier a falecer;

c) Quando o presente contrato for rescindido.

12.2. Cessarão automaticamente as coberturas do plano para o beneficiário dependente:

a) Quando o beneficiário titular solicitar sua exclusão;

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

b) Quando o beneficiário dependente deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição, justificadoras de sua inclusão no plano, quer seja pelo divórcio, dissolução da sociedade conjugal, atingimento da idade máxima;

c) Quando o presente contrato for rescindido.

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

12.4. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656/98.

12.5. Em caso de óbito do Titular ou do Dependente, deverá ser solicitada sua exclusão com apresentação da Certidão de Óbito em até 30 (trinta) dias, para se evitar a cobrança de mensalidades.

13. RESCISÃO/SUSPENSÃO

13.1. Cumprido o prazo mínimo de vigência de 12 (doze) meses, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente pelo Contratante, sem aplicação de multa rescisória, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

13.2. Este contrato poderá ser suspenso ou rescindido unilateralmente pela Contratada, a qualquer momento, sem a observância do estabelecido na cláusula 13.1, nas seguintes situações:

(a) Fraude comprovada;

(b) Em caso de mora no pagamento da mensalidade superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, após a notificação prévia ao beneficiário titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias. A Notificação será válida se realizada por email informado na proposta, whatsapp em número de telefone informado na proposta ou SMS, ligação gravada e outros meios juridicamente aceitos.

13.3. Configurada a hipótese descrita na alínea "a" da Cláusula 13.2, a Contratada deverá notificar o(a) Contratante com, ao menos, 10 (dez) dias de antecedência, concedendo prazo para que o(a) Contratante efetue o pagamento das parcelas vencidas. Nesta hipótese, a Operadora poderá notificar, a seu critério, por email, whatsapp, SMS, ligação gravada, ou qualquer outro meio juridicamente válido.

13.4. O contrato será cancelado ou suspenso, a critério da OPERADORA, se o beneficiário titular ou seu responsável, deixar de pagar sua(s) mensalidade(s), e quando notificado para pagar, não o fizer, ou fazê-lo parcialmente, no prazo de 10 (dez) dias corridos da ciência. A OPERADORA o notificará da inadimplência ocorrida até o quinquagésimo dia do não pagamento mas, caso opte por notificá-los após o quinquagésimo dia, será concedido o mesmo prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento.

13.5. Após esgotadas as tentativas de notificação pelos meios de contato informados pelo beneficiário, ainda que não confirmada a sua ciência, a OPERADORA poderá cancelar ou suspender seu contrato, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

13.6. A extinção do vínculo ocorrida por fraude não desobriga o beneficiário titular do eventual desembolso das despesas e do ressarcimento dos prejuízos que tenha causado, diretamente ou por intermédio de seus dependentes.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

13.7. O Titular ou o CONTRATANTE poderá manifestar a intenção de rescindir o contrato por meio das seguintes formas:

I. Presencialmente, na sede da OPERADORA, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

II. Por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela OPERADORA; ou

III. Por meio da página da OPERADORA na internet.

13.8. Caso o beneficiário Titular dê causa ou manifeste intenção de rescindir o presente contrato antes do término do prazo mínimo de 1 (um) ano de vigência contratual, ficará sujeito ao pagamento de multa rescisória equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades restantes.

13.9. A OPERADORA reserva-se no direito de cobrar do beneficiário titular, pelos meios legais cabíveis, após a rescisão do contrato, eventuais despesas, inclusive de coparticipação, decorrentes de atendimento prestado a ele e seus dependentes.

13.10. O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da OPERADORA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou seus dependentes, após a rescisão do contrato, independentemente da data de início do tratamento.

14. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

14.1. Para os fins deste 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 identificada 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.

d) “Tratamento”: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre 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);

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

14.2. 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 pretende que qualquer Parte atue como um operador para a outra Parte em relação a qualquer atividade de tratamento de referidos dados.

14.3. 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 nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.7771/2017), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema ("Legislação Aplicável").

14.4. 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.

14.5. 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.

14.6. Cada Parte deverá usar os esforços razoáveis para assegurar que quaisquer Dados Pessoais que forneça à outra Parte sejam precisos e atualizados.

14.7. 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 o 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;

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

14.9. 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 o acesso aos dados;

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

(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.

14.10. 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.

14.11. As Partes 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.

14.12. 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.

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

14.14. 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.

14.14.1. 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;

14.14.2. 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 consequências do Incidente de Segurança;
g) Indicação das medidas adotadas, em andamento, e futuras para reparar o dano e evitar novos Incidentes de Segurança;

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

14.14.3. Caso a Parte não disponha de todas as informações elencadas no item 16.14.2. 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.

14.15. 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.

14.15.1. 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.

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

14.15.3. 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.

14.15.4. 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.

14.16. 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.

14.17. 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.

14.18. 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.

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

15. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

15.1. 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

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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.

15.2. 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;

15.3. 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.

15.4. 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.

15.5. 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.

16. DEFINIÇÕES

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

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

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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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 ou odontológicos 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 saúde, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.
CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do consumidor beneficiário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.
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.
CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da OPERADORA quanto do CONTRATANTE e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano privado de assistência à saúde.
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 o 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

COPARTICIPAÇÃO: Mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo consumidor à Operadora de plano privado de assistência à saúde, referente a realização do procedimento.
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 também definem a cobertura mínima obrigatória.
DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): Aquelas 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.
DOENÇA: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico ou odontológico.
DOENÇA AGUDA: Falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.
DOENÇA CONGÊNITA: Doença ou deficiência de nascimento, ou adquirido durante a vida intrauterina, podendo manifestar-se a qualquer tempo.
DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE (DLP): Aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
DOENÇA PROFISSIONAL: É aquela adquirida em consequência do trabalho.
EMERGÊNCIA: É o evento que implicar no risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico ou cirurgião dentista assistente.
EVENTO: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar ou odontológico 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 ou cirurgião assistente, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico ou odontológico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela OPERADORA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.
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 OPERADORA de plano privado de assistência à saúde.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

GUIA DA REDE PLUS: Publicação da OPERADORA, onde consta a relação de médicos e cirurgiões dentistas credenciados e/ou contratados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados para atendimento dos beneficiários.
INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde, condicionado ao aceite da OPERADORA.
MECANISMO 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.
PATOLOGIA: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.
PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.
PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma Operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou odontológicos ou quaisquer outros para assistência à saúde.
PRIMEIROS SOCORROS: É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico ou odontológico praticado e seus complementares, entendendo-se como tal a consulta, exames complementares, cirurgias, terapias e seus respectivos materiais, taxas, serviços e medicamentos.
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.
REAJUSTE ANUAL DE VARIÇÃO DE CUSTO: Aumento da mensalidade para a correção do desequilíbrio na carteira de planos privados de assistência à saúde em função da variação dos custos médico hospitalares e de procedimentos relacionados à saúde ocorridas no período de 1 (um) ano.
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 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que constitui a referência básica para

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

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° 9.656/98.
SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Operadora, mas que são citadas no Guia da REDE PLUS, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.
SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no caso deste instrumento.
SERVIÇOS PRÓPRIOS DA OPERADORA: Estabelecimento hospitalar ou Clínica/Consultório de propriedade da OPERADORA.
TABELA DE REFERÊNCIA: Lista indicativa de procedimentos médico-hospitalares ou odontológicos e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
TRATAMENTO DE DADOS: 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;
URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS

17.1. O 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.

17.2. O Contratante autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

17.3. A inserção de mensagens na fatura de cobrança das mensalidades valerá como intimação do Contratante e de seus beneficiários, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.

17.3.1. Quando necessário e cabível, observada a legislação de saúde suplementar, o 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.

17.4. O Contratante assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.

17.5. O Contratante deverá notificar a Operadora sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações de estado civil, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

17.6. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço, endereço eletrônico, número de telefone ou telefone celular, por parte do CONTRATANTE, este será considerado notificado automaticamente de todas as correspondências enviadas

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

pela OPERADORA para o último endereço, endereço eletrônico, números de telefones, celulares informados, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pelo CONTRATANTE, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondência.

17.7. O Contratante é o único 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.

17.8. 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.

17.9. 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.

17.10. 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.

17.11. A OPERADORA, por meio do presente instrumento, comunica ao 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 em seus canais de atendimento.

17.12. A Operadora e o 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.

17.13. O 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:

17.13.1. Proposta de Adesão;

17.13.2. Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue anteriormente à assinatura da Proposta de Adesão e Contrato ora firmado;

17.13.3. Guia de Leitura Contratual (GLC);

17.13.4. Tabela de Reembolso de Urgência;

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

17.15. Caso omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

18. ELEIÇÃO DE FORO

18.1. 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.

Docusign Envelope ID: D948789D-2594-8C0A-8259-3BDA8CE815B3

humana ODONTO

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

HUMANA SAÚDE 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.maio/26