

CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE DE CLÁUSULAS

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

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA: HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. nome fantasia Humana Saúde, classificada como Operadora de plano de saúde na modalidade Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 35751-1 com Matriz em Teresina/PI, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0001-08, com sede na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina/PI, CEP: 64.000-020 e endereço de correspondência na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina/PI, CEP: 64.000-020; Filial Parnaíba/PI, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0003-61, com sede na Av. Presidente Vargas, nº 202, Centro, Parnaíba/PI, CEP: 64200-200 e endereço de correspondência na Av. Presidente Vargas, nº 202, Centro, Parnaíba/PI, CEP: 64200-200; Filial Floriano/PI, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0004-42, com sede na Av. Eurípedes de Aguiar, nº 422, Sala 11, Centro, Floriano/PI, CEP: 64800-002 e endereço de correspondência na Av. Eurípedes de Aguiar, nº 422, Sala 11, Centro, Floriano/PI, CEP: 64800-002; Filial Picos/PI, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0005-23, com sede na Rua Monsenhor Hipólito, nº 988, Centro, Picos/PI, CEP 64600-002 e endereço de correspondência na Rua Monsenhor Hipólito, nº 988, Centro, Picos/PI, CEP 64600-002; Filial Natal/RN, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0007-95, com sede na Av. Prudente de Moraes, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510 e endereço de correspondência na Av. Prudente de Moraes, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0009-57, com sede na Av. Getúlio Vargas, 2063, Bairro Fabril, CEP 65.025-000, São Luís – MA e endereço de correspondência na Av. Getúlio Vargas, 2063, Bairro Fabril, CEP 65.025-000, São Luís – MA; representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada “CONTRATADA” ou “OPERADORA”.

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

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

1.2. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

Nome Comercial: Humana Odonto NE Essencial M/CE
Registro de Produto na ANS nº 493409221

1.3. TIPO DE CONTRATAÇÃO:

A contratação deste contrato é definida como Coletiva Empresarial.

1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

O Plano possui segmentação assistencial Odontológica

1.6. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

A área geográfica de abrangência é qualificada como GRUPO DE ESTADOS (MARANHÃO, PIAUÍ, PARAÍBA, RIO GRANDE DO NORTE)

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

Compõe a área de atuação deste plano: GRUPO DE ESTADOS (MARANHÃO, PIAUÍ, PARAÍBA, RIO GRANDE DO NORTE).

1.8. FORMAÇÃO DO PREÇO:

A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura assistencial Contratada é o regime misto.

1.10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

ASSISTENCIAIS: Autorização prévia; Direcionamento ou hierarquização do acesso; Referenciamento de prestador

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 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

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

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

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

3.1.3 Anualmente, a Contratante enquadrada como empresário individual deverá comprovar sua condição regular de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados, mencionada no caput, junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários. Caso não o faça, a Contratada poderá solicitar a comprovação, para manutenção regular da contratação do plano de saúde

Titulares

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

Dependentes

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

- (a) o(a) cônjuge, o(a) 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) até 58 anos;
- (d) o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s),

- (e) o(s) neto(s) até 58 anos;
- (f) os genros e as noras, se os(as) filhos(as) até 58 anos do beneficiário titular estiverem no plano
- (g) o(s) sobrinho(s) até 58 anos;

Filhos, Menores sob Guarda e Tutela – Condições Especiais Legais

3.4. É assegurada a inclusão:

- (a) do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário titular, ou sob guarda ou tutela deste e do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente.

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

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

3.7. O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será excluído do contrato quando solicitado pela Contratante.

Movimentação

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

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

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

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

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

3.11. Quando for o caso, ficará a critério da Operadora a realização de exame prévio de admissão nos beneficiários, a fim de averiguar a existência de Doenças e Lesões Preexistentes, bem como de solicitar, a qualquer tempo, documentação necessária para a efetivação da contratação.

3.12. A **CONTRATADA** poderá realizar, a seu critério, entrevista qualificada ou perícia nos beneficiários antes do ingresso nos contratos com menos de 30 vidas.

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

3.14.1. Documentos exigidos para inclusão:

- (a) RG e CPF para todos;

- (b) Cópia da Certidão de nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é responsável;
- (c) Cópia da Certidão de casamento ou declaração de convivência com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os cônjuges);
- (d) Comprovante de vínculo empregatício, Guia GFIP, Guia de FGTS para o titular;
- (e) Ficha de inclusão;
- (f) Declaração de saúde e carta de orientação preenchidas, quando couber;
- (g) Protocolo de recebimento de GLC, MPS e cópia de contrato;
- (h) Termo de ciência e consentimento para tratamento de dados, conforme Lei 13.709/2018.

3.14.2. Documentos exigidos para exclusão:

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

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

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

3.17. Nos termos da Resolução Normativa 412/2016, e suas alterações posteriores, nas hipóteses de solicitação de exclusão de beneficiário titular ou dependente, a Contratante tem o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da solicitação, para cientificar a Contratada do pedido de exclusão. Caso a Contratante deixe de providenciar a comunicação dentro do prazo estipulado, o beneficiário titular poderá requerer a exclusão diretamente à Contratada.

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

Terceirizados

3.19. É permitido à Contratante, de acordo com o art. 23, I da RN 195/2009, e suas alterações posteriores, admitir conjuntamente com empresas terceirizadas, filiais e pertencentes ao mesmo grupo econômico, como co-Contratantes, ficando à critério da Contratada a análise da possibilidade, data e forma da reunião dessas empresas.

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

3.21. Para fins de cumprimento das Resoluções Normativas/ANS - RN 309/2012, RN 162/2007 e RN 195/2009, e suas alterações posteriores, o número de vidas a ser considerado será o total da carteira apurada na somatória das vidas pertencentes ao grupo de empresas reunidas na contratação.

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 assistencial 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.

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:

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

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica
- Consulta Odontológica Inicial
- Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica

EXAMES

- Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biopsia na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Bucomaxilo-Facial
- Teste de Fluxo Salivar
- Teste PH Salivar (Acidez Salivar)

RADIOLOGIA

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Atividade Educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades

especiais

- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Profilaxia: Polimento Coronário
- Remineralização Dentária
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

Tunelização

ENDODONTIA

- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia Exostose Maxilar
- Cirurgia para Torus Mandibular
- Cirurgia para Torus Palatino
- Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese de Rânula ou Mucocele
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial

Frenulectomia Lingual

- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF)
- Núcleo de Preenchimento
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reembasamento de Coroa Provisória

II. Por se tratar de Plano de Assistência Odontológica em regime misto, são cobertos todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, porém, estão incluídos na mensalidade as despesas relativas aos seguintes procedimentos:

- a. consulta inicial;
- b. curativo em caso de hemorragia bucal;
- c. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- d. imobilização dentária temporária;
- e. recimentação de peça protética;
- f. tratamento de alveolite;
- g. colagem de fragmentos;
- h. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j. replante de dente avulsionado;
- k. orientação de higiene bucal;
- l. evidênciação de placa bacteriana;
- m. aplicação tópica de flúor.

- III. Quando por imperativo clínico for necessária a utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos neste contrato, estarão cobertos somente os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista.
- IV. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- V. 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.
- VI. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória na segmentação odontológica, contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, serão cobertos, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência **odontológica** e prestadores de serviço odontológico.
- VII. 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 que o Contratante está ciente e de acordo.

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.**

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses, iniciando-se da data da assinatura do instrumento jurídico.

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.

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 Nos moldes da Súmula Normativa (ANS) nº 21, de 12 de agosto de 2011 e suas atualizações, na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar 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, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência.

7.5 Na hipótese descrita no item imediatamente anterior, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas Resoluções Normativas nºs 438, de 2018 e 254, de 2011, respectivamente.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. Na data de assinatura deste instrumento, o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar determinado pela Resolução Normativa nº 465/2021, não classifica nenhum procedimento de cobertura obrigatória para plano da segmentação odontológica como procedimento de alta complexidade, motivo pelo qual não serão previstas neste contrato qualquer dispositivo relacionado à Doenças ou Lesões Preexistentes, que são as Doenças ou Lesões que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou de sua adesão ao Plano Privado de Assistência **Odontológica**.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1 9.1. São considerados como casos de urgência aqueles resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e, como casos emergência, aqueles que implicarem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, caracterizado em declaração do médico ou odontólogo assistente.

9.2 A cobertura dos eventos considerados como de emergência ou urgência será efetuada conforme a segmentação Odontológica, sendo garantida a cobertura para atendimentos de urgência e emergência para os procedimentos indicados pela ANS como de urgência e emergência para procedimento e eventos da segmentação odontológica.

9.3 A Contratada obriga-se a reembolsar os beneficiários nas seguintes hipóteses:

- a) despesas decorrentes do atendimento de urgência e emergência quando não for possível a utilização da Rede Assistencial da Contratada dentro da Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano;
- b) despesas decorrentes do descumprimento, pela Contratada, dos prazos máximos de garantia de atendimento, nos moldes determinados pela Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011.

9.3.1 O valor do reembolso descrito na alínea “a” da Cláusula 9.2 será feito com base na tabela disponibilizada pela Contratada no site www.humanasaude.com.br, em sua sede, e ora em anexo.

9.2 será integral e abrange os custos com o atendimento e as despesas com transporte.

9.3.2 O reembolso disposto na alínea “b” da Cláusula

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

- a) relatório do odontólogo assistente, com letra legível e assinado pelo profissional, contendo a especialidade de atuação do profissional, o diagnóstico do evento, a data provável do início da doença, a data do atendimento do beneficiário, o tratamento promovido, a descrição das condições de urgência e emergência;
- b) recibo de pagamento ou nota fiscal quitada, contendo, de forma detalhada, todas as despesas incorridas pelo beneficiário, tais como honorários, diárias, materiais, exames realizados e medicamentos utilizados, dentre outros;
- c) documentos que comprovem a impossibilidade de utilização da rede disponibilizada pela Contratante;
- d) documentos bancários que comprovem a titularidade do beneficiário que receberá o reembolso;
- e) nos casos de serviços e procedimentos que contenham Diretriz de Utilização – DUT estabelecidas, o beneficiário deve apresentar laudo ou atestado emitido pelo profissional que realizou o serviço ou procedimento atestando o cumprimento da Diretriz de Utilização;
- f) As despesas com transporte serão reembolsadas de acordo com a política de transporte da Contratada.

9.5 O prazo para o beneficiário requerer o reembolso à Contratada é de 01 (um) ano, contado da data da ocorrência do evento.

9.6 É vedada a transferência a terceiros do crédito decorrente do reembolso devido pela Contratada ao beneficiário.

9.6.1 O reembolso será efetuado pela Contratada de uma das seguintes formas:

- a) Crédito em conta-corrente, com a indicação do banco e do número da conta-corrente do favorecido, que deverá sempre ser o Beneficiário que realizou o procedimento ou o Beneficiário Titular; ou cheque emitido pela Contratada.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

A – Utilização de Documentos, Cartão e Biometria

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

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

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

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

10.4 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. O uso indevido do Token Odonto e/ou imagem biométrica por qualquer beneficiário (titular ou dependentes), poderá ensejar pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo beneficiário do plano.

10.4.1 Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do Token Odonto ou Biometria por terceiros que não sejam os beneficiários representados no cartão

B - Utilização da Rede Credenciada

10.4 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

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

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

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

C – Direcionamento, Referenciamento e Porta de Entrada

Direcionamento

10.7 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 atendidos nos consultórios de cirurgiões dentistas contratados ou credenciados para os referidos serviços, 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

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

Referenciamento

10.9 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

- 10.10** 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.
- 10.11** 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.
- 10.12** As autorizações serão obtidas pelo Beneficiário na sede da Operadora, ou por meio dos canais digitais da Operadora.
- 10.13** Estão sujeitos à autorização prévia: exames e procedimentos.
- 10.14** 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.
- 10.15** 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.
- 10.16** 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.
- 10.17** 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 documentação solicitada, será realizado em até 30 dias. O valor referente à coparticipação, quando couber, poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.
- 10.18** O pagamento das despesas não cobertas deverá ser realizado diretamente pelo beneficiário ao prestador do atendimento.
- 10.19** A guia de autorização emitida tem validade por 30 dias e, após esse prazo, o beneficiário terá que renová-la no setor de atendimento da Operadora.
- 10.20** 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.
- 10.21** A Operadora não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada.

E – Junta Odontológica

10.22 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.

10.23 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.

10.24 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.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

11.1 FORMAÇÃO DO PREÇO

11.1.1 Este contrato tem sua formação de preço mista 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.

11.1.2 Entende-se por formação de preço mista, neste contrato, o pagamento dos procedimentos na forma de pós-pagamento, de acordo com a Tabela de Preços em anexo, com exceção dos procedimentos abaixo, os quais, sua garantia está incluída na mensalidade :

- a. consulta inicial;
- b. curativo em caso de hemorragia bucal;
- c. curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose;
- d. imobilização dentária temporária;
- e. recimentação de peça protética;
- f. tratamento de alveolite;
- g. colagem de fragmentos;
- h. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
- i. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
- j. reimplante de dente avulsionado;
- k. orientação de higiene bucal;
- l. evidenciação de placa bacteriana;
- m. aplicação tópica de flúor.

11.2 MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

11.2.1 O pagamento da mensalidade, bem como os custos dos procedimentos realizados em pós-pagamento, decorrentes deste Contrato, são de responsabilidade exclusiva do Contratante.

11.2.2 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 Contratada, na área do cliente, ou no aplicativo.

11.2.3 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, e relatórios financeiros por meio de endereço eletrônico, informado nesse contrato.

11.2.4. 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.

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

11.2.6. 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.

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

11.2.8 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.

11.3 Demitidos, exonerados e aposentados

11.3.1 Os Beneficiários demitidos, exonerados e aposentados que fazem jus ao direito previsto no art. 30 e art. 31 da Lei 9.656/98 e que o exercerem conforme legislação vigente e no prazo estabelecido são integralmente responsáveis pelos valores de sua mensalidade e de seu grupo familiar.

11.3.2 Não caberá qualquer cobrança à Contratante de eventuais atrasos ou inadimplência dos Beneficiários demitidos, exonerados e aposentados, únicos responsáveis pelo pagamento e consequências do inadimplemento de sua obrigação.

11.3.3 Os boletos de cobrança de mensalidade serão encaminhados diretamente ao endereço informado pelo Beneficiário, ou por seu e-mail, ou por mensagens eletrônicas, na oportunidade da opção pela manutenção ao plano.

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

11.3.5 O atendimento será suspenso exclusivamente ao Beneficiário que não pagar sua mensalidade no prazo de 7 (sete) dias, independente de notificação.

11.3.6 Devido à imposição da ANS, a Contratante solicitará à Operadora a exclusão do Beneficiário inadimplente, na movimentação, sempre que esse estiver inadimplente por mais de 30 (trinta) dias, bastando, para tanto, o aviso da Operadora. Caso a Contratante não solicite a exclusão do inativo inadimplente, caberá a ela a responsabilidade pelo pagamento das mensalidades a partir do aviso da Operadora.

12. REAJUSTE

REAJUSTE FINANCEIRO

12.1. Os valores de mensalidade serão reajustados anualmente, independentemente da data de inclusão dos Beneficiários, no aniversário de vigência do contrato, sem prejuízo das variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.

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

$$IR = [(1 + RF) \times (1 + RT) - 1]$$

Onde,

IR = Índice de Reajuste (em %)
 RF = Reajuste Financeiro (em %)
 RT = Reajuste Técnico (sinistralidade em %)

12.3. O Reajuste Financeiro terá por base o último IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado por 12 meses, divulgado pelo IBGE ou outro que venha substituí-lo.

12.4. O Reajuste Técnico (por sinistralidade) visa a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato e é calculado utilizando-se a seguinte fórmula:

$$RT = [(\Sigma D / \Sigma M) / IE] - 1$$

Onde,

RT = Reajuste Técnico (em %), o RT será o maior valor entre o zero e o valor resultante do cálculo, ou seja, RT = máximo entre 0% e $[(\Sigma D / \Sigma M) / IE] - 1$

ΣD = Total de Despesas (sinistro) apuradas em 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir referentes a Beneficiários/contratos fora do período de carência.

ΣM = Total de Mensalidades de 12 (doze) meses consecutivos, ou período inferior caso a legislação venha a permitir, referentes a Beneficiários/ contratos fora do período de carência.

IE = Índice de Equilíbrio, correspondente a 50% para todos os contratos.

12.4.1. O período apurado será o de 12 (doze) meses anteriores e consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerando este o mês de início de vigência do Contrato. Excepcionalmente no 1º ano do contrato o período não será de 12 meses em virtude de não ter completado este prazo, sendo observado 9 meses anteriores e consecutivos.

12.4.2. Caso a aplicação da fórmula acima resulte em valor igual ou inferior a zero, o valor da mensalidade do contrato não sofrerá alteração referente ao Reajuste Técnico.

12.5. No mês de aplicação do reajuste a Operadora disponibilizará ao Contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens acima, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

12.5.1 Os valores dos procedimentos garantidos no regime de pós-pagamento, serão aqueles definidos na tabela em anexo (denominada Tabela de Valores – Plano Essencial), também acessível no site www.humana.saude.com.br.

12.5.2 As atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão informadas, a critério da Contratada, no site www.humana.saude.com.br, por e-mail, por correspondência, tendo validade para as partes, essa informação como aditivo contratual.

12.5.3 O CONTRATANTE DECLARA SEU PRÉ CONSENTIMENTO ÀS ATUALIZAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS GARANTIDOS EM PÓS PAGAMENTO, CONSTITUINDO AS INFORMAÇÕES POR E-MAIL, WHATSAPP, APLICATIVOS, MENSAGENS ELETRÔNICAS, CARTAS, EM ADITIVOS CONTRATUAIS, PARA TODOS OS FINS DE DIREITOS.

13. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

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

13.1.1 No caso de demissão ou exoneração sem justa causa, a Operadora assegura ao beneficiário titular - que contribuir para o plano de saúde em razão de seu vínculo empregatício com a Contratante, o direito de manter sua condição de beneficiário, individualmente ou com parte do seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da(s) mensalidade(s) após o desligamento.

13.1.1.1 É garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário.

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

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

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

13.1.4 Os direitos previstos no artigo 30 da Lei nº9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquias em procedimentos, como fator de moderação.

13.1.5 Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei nº9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

13.1.6 Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 30 da Lei nº9.656/98.

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

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

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

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

(a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa;

(b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, pois nesse caso ser-lhe-á garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5º da RN 488/2022, e suas posteriores alterações;

(c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

(d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, sendo cumulativos o período contribuído sucessivamente para outras Operadoras e em empresas submetidas a fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha havido rescisão do contrato de trabalho durante o processo;

(e) Se há convenção ou acordo coletivo de trabalho que estabeleça vantagens relacionadas com o plano de saúde que vão além daquelas estabelecidas no artigo 30 da Lei nº 9.656/98;

(f) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

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

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

(a) Manter o ex-empregado no mesmo plano em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa;

(b) Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa, separado do plano dos empregados ativos.

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

(a) Pelo decurso do período de permanência do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa do plano de saúde;

(b) Pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa em novo emprego, ou seja, novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;

(c) Pelo cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

(d) Quando da morte do beneficiário titular, subsistindo o direito de permanência aos seus dependentes.

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

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

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

13.2.1 A Operadora assegura ao beneficiário titular que se aposentar e que tiver contribuído pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos para o plano de saúde contratado, em razão de seu vínculo empregatício com a Contratante, o direito de manter sua condição de beneficiário, individualmente

ou com parte do seu grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da(s) mensalidade(s) após o desligamento.

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

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

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

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

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

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

13.2.6 Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656/98.

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

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

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

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

(a) Se o beneficiário foi excluído por aposentadoria;

(b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, pois nesse caso ser-lhe-á garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5º da RN 488/2022, e suas posteriores alterações;

(c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

- (d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, sendo cumulativo o período contribuído sucessivamente para outras Operadoras e em empresas submetidas à fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha havido rescisão do contrato de trabalho durante o processo;
- (e) Se há convenção ou acordo coletivo de trabalho que estabeleça vantagens relacionadas com o plano de saúde que vão além daquelas estabelecidas no artigo 31 da Lei nº 9.656/98;
- (f) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

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

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

- (a) Manter o ex-empregado no mesmo plano em que se encontrava quando da aposentadoria;
- (b) Contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados aposentados, separado do plano dos empregados ativos.

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

- (a) Pelo decurso do período de permanência do ex-empregado aposentado no plano de saúde;
- (b) Pela admissão do beneficiário aposentado em novo emprego, ou seja, novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão;
- (c) Pelo cancelamento do plano de saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.
- (d) Quando da morte do beneficiário titular, subsistindo o direito de permanência aos seus dependentes.

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

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

13.3 DAS OBRIGAÇÕES

13.3.1 Obrigações da Contratante

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

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

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

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

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

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

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

VII. Enquanto o funcionário estiver no plano, como empregado ativo da empresa, a CONTRATANTE será responsável pelo pagamento da mensalidade do plano perante a OPERADORA.

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

13.3.2. DAS OBRIGAÇÕES DA OPERADORA

I. A OPERADORA deverá apresentar ao empregado, sempre que solicitado, a tabela de preços do plano, com as devidas faixas etárias. No ato da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá apresentar aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador, se aplicável.

II. A OPERADORA deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

13.3.3 DAS OBRIGAÇÕES DO EX-EMPREGADO

I. Para assegurar o direito à manutenção, o ex-empregado deverá dirigir-se à Operadora dentro do prazo de 30 dias a contar da demissão para assinar termo de admissão ao plano de inativos.

II. A responsabilidade pelo pagamento das mensalidades será exclusivamente do ex-empregado.

14. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá tão somente à pessoa jurídica Contratante solicitar a suspensão ou a exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

14.2 A exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários pela OPERADORA só poderá ocorrer, sem a anuência da pessoa jurídica Contratante, nas seguintes hipóteses:

(a) fraude; ou

(b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica Contratante, ou de dependência.

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

14.3.1 A demissão e a aposentadoria para o titular;

14.3.2 A separação de corpos, o divórcio e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro e das noras e genros o direito de permanecer no contrato na situação de dependente;

14.3.3 O atingimento da idade para os dependentes.

14.4. A dissolução da união estável não autoriza a Operadora excluir os enteados, a não ser que haja solicitação expressa nesse sentido da Contratante.

14.5 O beneficiário que tiver seu vínculo com o beneficiário titular do plano extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderá exercer a portabilidade de carências, no prazo de 60 (sessenta dias) a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista na RN 438 e suas alterações posteriores.

14.6 Também será excluído o beneficiário que vier a falecer, devendo a Contratante informar em até 30 dias, sob pena de pagamento das mensalidades que se vencerem.

15. RESCISÃO/SUSPENSÃO

15.1 Cumprido o prazo mínimo de vigência de 12 (doze) meses, este contrato poderá ser rescindido imotivadamente por quaisquer das partes Contratantes, sem aplicação de multa rescisória, à exceção se a Contratante for Empresário Individual, sem quaisquer ônus, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observando-se o seguinte:

(a) a responsabilidade da Operadora quanto aos atendimentos e tratamentos iniciados durante o período de aviso prévio, exceto internação, cessará no último dia fixado para efetivação de rescisão contratual, correndo as despesas, a partir daí, por conta da Contratante;

(b) durante o prazo de aviso prévio não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários.

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

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

15.4. O contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado por Empresário Individual poderá ser rescindido pela Operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sem aplicação de multa rescisória.

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

15.6 Na ocorrência de rescisão contratual imotivada antes do período de 12 (doze) meses, caberá à Contratante pagar à Operadora multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) sobre a totalidade das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos durante o contrato. Caberá a mesma multa, caso a Contratante retire, por movimentação, quase a totalidade do número de participantes do Contrato, antes do término da vigência de 12 (doze) meses.

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

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

16. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

16.1. Para os fins desta Cláusula são considerados:

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

16.2. As Partes reconhecem e concordam que, no que diz respeito ao Tratamento dos Dados Pessoais, cada Parte atua como um controlador em relação a tal Tratamento e não se pretende que qualquer Parte atue como um operador para a outra Parte em relação a qualquer atividade de tratamento de referidos dados.

16.3. As Partes declaram, por este instrumento, que cumprem toda legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive, sempre e quando aplicável, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei n. 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto 8.7771/2017), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema (“Legislação Aplicável”).

16.4. 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.

16.5. 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.

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

16.7. Durante a vigência deste Contrato e sem prejuízo do cumprimento de obrigações previstas na Legislação Aplicável, as Partes observarão, no mínimo, os seguintes padrões de segurança:

- (a) Estabelecer registros de controle sobre o acesso aos Dados Pessoais mediante a definição de responsabilidades das pessoas que terão possibilidade de acesso e de privilégios de acesso exclusivo para determinados responsáveis;
- (b) Mecanismos de autenticação de acesso, usando, por exemplo, sistemas de autenticação dupla para assegurar a individualização do responsável pelo Tratamento dos Dados Pessoais, bem como a adoção de técnicas que garantam a inviolabilidade dos Dados Pessoais, prevendo no mínimo a encriptação;
- (c) Inventário detalhado dos acessos aos Dados Pessoais, contendo o momento, a duração, a identidade do funcionário ou do responsável pelo acesso, inclusive quando tal acesso é feito para cumprimento das obrigações legais ou determinações por parte de autoridades;

16.8. As Partes deverão manter sigilo em relação aos Dados Pessoais tratados em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratar 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.

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

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

16.10. 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.

16.11. 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.

16.12. 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.

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

16.14. 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.

16.14.1 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 denúncia à lide, nos termos do Código de Processo Civil;

16.14.2 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;

16.14.3 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.

16.15 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.

16.15.1 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.

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

16.15.3 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.

16.15.4 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.

16.16. 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.

16.17. 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.

16.18. 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.

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

17. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

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

17.2. 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;

17.3. 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.

17.4. 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.

17.5. 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.

18. DEFINIÇÕES

18.1 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.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto.

ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

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.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: É qualquer acréscimo no valor da mensalidade (mensalidade) paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a OPERADORA e o beneficiário.

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.

ANTICONCEPÇÃO: Prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade.

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

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA: Área em que a Operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde Contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN nº 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações.

ATENDIMENTO CLÍNICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: É aquele realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

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.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO: Atividades de prevenção, recuperação e tratamentos de doenças que acometem o aparelho genital feminino, inclusive as mamas.

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

ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR: São as atividades executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

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.

CID-10: É a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão. **IMPORTANTE:** Os procedimentos cobertos por este contrato são somente aqueles relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da segmentação ambulatorial, hospitalar com obstetrícia divulgado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

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

COBERTURAS: São as cláusulas Contratadas que definem os direitos dos beneficiários.

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

CONCEPÇÃO: Fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto.

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 nº 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.

CONVIVENTE: Pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato e mancebia; amigado, amasiado, companheiro.

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 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.

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.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE: É o formulário que acompanha o contrato do plano de saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano.

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.

ENTREVISTA QUALIFICADA: Orientação ao beneficiário, realizada às expensas da OPERADORA, executada por médico credenciado e/ou referenciado pela OPERADORA, antes ou por ocasião da contratação do plano, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são informadas as doenças ou lesões 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 e para esclarecer sobre questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

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.

EXAMES ESPECIAIS: São todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aqueles aqui definidos como exames simples.

EXAMES SIMPLES: Para fins deste contrato, são definidos como exames simples:

- (a) análises clínicas (exceto exames genéticos e imunológicos);
- (b) colpocitologia oncótica;
- (c) eletrocardiograma; e
- (d) raio X simples.

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.

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.

HOSPITAL DE TABELA PRÓPRIA: Hospital que utiliza sua própria lista de preços e procedimentos, não se sujeitando a Tabela de Referência praticada pela OPERADORA.

HOSPITAL-DIA: Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde, condicionado ao aceite da OPERADORA.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Situação na qual o beneficiário é admitido em estabelecimento hospitalar, ficando sob os cuidados do médico assistente, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

MECANISMO DE REGULAÇÃO: Meios ou recursos técnicos, administrativos ou financeiros utilizados pelas Operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde.

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

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.

PARTO A TERMO: aquele que ocorre a partir da 39ª semana de gestação.

PATOLOGIA: Modificações funcionais produzidas pela doença no organismo.

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: Intervalo de tempo, entre cada admissão e alta, em que o paciente permanece no hospital ou clínica psiquiátrica sob supervisão médica e/ ou de enfermagem, para fins diagnósticos e/ou terapêuticos.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: Conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

PLANO: É a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR: É aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Qualquer plano comercializado por uma Operadora que ofereça cobertura para atendimentos médico-hospitalares ou 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.

PRODUTO DE SAÚDE OCUPACIONAL: É o que trata das coberturas referentes aos exames admissionais, periódicos e demissionais dos empregados das empresas.

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.

QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA AMBULATORIAL: Entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

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.

REAJUSTE POR VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA: Aumento da mensalidade no plano de saúde em função do deslocamento do beneficiário de uma faixa etária para outra.

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.

REDE PRÓPRIA: Recurso físico de propriedade da Operadora, ou de sociedade controlada pela Operadora, ou ainda, de sociedade controladora da Operadora conforme a Resolução Normativa – RN N° 275, de 1° de novembro de 2011.

REEMBOLSO: Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa – RN 465/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1° de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.

SERVIÇOS CONTRATADOS ou CREDENCIADOS: São aqueles serviços que não são de propriedade da Operadora, 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.

TERAPIAS ESPECIAIS: São as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos e odontológicos, instituído pela Resolução Normativa – RN 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, conforme a seguir:

- (a) terapia renal substitutiva (diálises e hemodiálises);
- (b) quimioterapia;
- (c) radioterapia;
- (d) fototerapia com UVA;
- (e) oxigenoterapia hiperbárica;
- (f) terapia imunobiológica endovenosa ou subcutânea e
- (g) terapia imunoprolifática com polivizumabe para o vírus sincicial respiratório.

TERAPIAS SIMPLES: São todas as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos e odontológicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aquelas definidas como terapias especiais.

TRATAMENTO: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização,

a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

URGÊNCIA: É o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional, com risco de vida, exigindo tratamento imediato.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. 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.

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

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

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

19.4 A Contratante assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.

19.5. A Contratante deverá notificar a Operadora sobre eventual mudança de endereço, bem como alterações dos seus documentos sociais, eximindo-a de qualquer transtorno decorrente da inexatidão dessa informação.

19.6. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço por parte da Contratante, esta será considerada notificada automaticamente de todas as correspondências enviadas pela Operadora para o último endereço informado, independentemente da respectiva comprovação de recebimento pela Contratante, inclusive nos casos de notificação para rescisão contratual e demais correspondências.

19.7. A Contratante é a única responsável pelas atualizações dos endereços e/ou dados cadastrais dos beneficiários inscritos neste contrato, devendo informar à Operadora as respectivas alterações, eximindo-a, inclusive, de quaisquer responsabilidades em relação às negligências dessas ações.

19.8. Havendo o descumprimento do dever de informação sobre eventual mudança de endereço e/ou dados cadastrais dos beneficiários por parte da Contratante, esta será a única responsável pelo pagamento de quaisquer penalidades que sejam aplicadas à Operadora pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), desde que relacionadas ao impedimento do envio de cartas, telegramas, e-mails, mensagens de texto e congêneres destinados ao(s) beneficiário(s), quando resultantes da privação das respectivas atualizações cadastrais pela Operadora.

19.9. Os dispositivos contratuais que transcrevem regras previstas na legislação de saúde suplementar e demais normativos regulamentares acompanharão a vigência dos referidos atos, de forma que, quando cabível, posterior alteração promovida pelos órgãos competentes automaticamente produzirá efeitos sobre as respectivas cláusulas contratuais.

19.10. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do beneficiário na sede da Operadora, para consulta e cópia. Caso os beneficiários preferam, também poderão consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio de seu endereço eletrônico.

19.11. A utilização dos serviços contratados durante o período de carência ou de suspensão implica em dever do Contratante pagar à Operadora o respectivo custo, aferido na Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares do plano ora contratado.

19.12. A Operadora não reembolsará despesas em prestadores que não possuam credenciamento para atendimento, salvo nos casos previstos neste instrumento.

19.13. Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, a Contratante poderá encaminhar reclamação escrita para a sede da Operadora, para a devida apuração.

19.14. A Operadora, por meio do presente instrumento, comunica à Contratante e aos beneficiários inscritos no plano de saúde ora contratado, que as substituições de prestadores havidas na rede assistencial ficarão disponíveis no campo “SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES” presente no site da Operadora e em seus canais de atendimento.

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

19.16. A CONTRATANTE DECLARA QUE A OPERADORA OFERECE NO ATO DA INSCRIÇÃO DE CADA BENEFICIÁRIO INSCRITO NO PRESENTE INSTRUMENTO O PLANO ODONTOLÓGICO COM PREÇO PREESTABELECIDO.

19.17. 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:

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

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

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

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

20. ELEIÇÃO DE FORO

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

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

HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

DocuSigned by:

Ruy Francisco de Oliveira

A16CBE5B8671459...

RUY FRANCISCO DE OLIVEIRA
DIRETOR

DocuSigned by:

Alberto de Oliveira Pereira Filho

4F4E1BC78A5746F...

ALBERTO DE OLIVEIRA PEREIRA FILHO
GERENTE

DS

MS