Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

ANS nº 357511

humana SAÚDE NORDESTE

CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE DE CLÁUSULAS

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE
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 PREEXISTENTES
9. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAE EMERGÊNCIA
10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO
11. FORMAÇÃO DO PREÇO E PAGAMENTO DOS VALORES CONTRATADOS – MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO
12. REAJUSTE
13. FAIXAS ETÁRIAS
14. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS
15. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO
16. RESCISÃO/SUSPENSÃO
17. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
18. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS
19. DEFINIÇÕES
20. DISPOSIÇÕES GERAIS
21. ELEIÇÃO DE FORO

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1. QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA HUMANA SAÚDE NORDESTE LTDA. nome fantasia Humana Saúde, classificada como Operadora de plano de saúde na modalidade Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 35751-1 com Matriz em Teresina/PI, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0001-08, com sede 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 Morais, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510 e endereço de correspondência na Av. Prudente de Morais, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0009-57, com sede na Av. Getúlio Vargas, 2063, Bairro Fabril, CEP 65.025-000 e endereço de correspondência na Av. Getúlio Vargas, 2063, Bairro Fabril, CEP 65.025-000; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0010-90, com

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

sede na Rua Paulino de Sousa, 17, São Luís/MA, CEP 65.035-480; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0013-33, com sede na Rua das Gaivotas, 19, Calhau, São Luís/MA, CEP 65.071-770; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0015-03, com sede na Avenida Getúlio Vargas, 2302, Monte Castelo, São Luís/MA, CEP 65.030-005; Filial São Luís/MA, inscrita no CNPJ do MF sob o nº 00.361.325/0014-14, com sede na Avenida Getúlio Vargas, 1.847, Fabril, São Luís/MA, CEP 65.020-300, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada "CONTRATADA" ou "OPERADORA".

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

1.3. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:
Nome Comercial: CP SUPERIOR MA R2 COM OBS QP CE.
Registro de Produto na ANS n° 507.762/26-1.

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

1.5. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:
O Plano possui segmentação assistencial Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia

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

1.7. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:
Compõe a área de atuação deste plano: Paço do Lumiar (MA), Senador La Rocque (MA), Timon (MA), São Mateus do Maranhão (MA), Presidente Dutra (MA), Riachão (MA), Açailândia (MA), João Lisboa (MA), Santa Inês (MA), Imperatriz (MA), São José de Ribamar (MA), São Luís (MA), Alcântara (MA), Raposa (MA), Governador Edison Lobão (MA), São Raimundo das Mangabeiras (MA), Balsas (MA), Pedreiras (MA), Teresina (PI), Natal (RN).

1.8. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO:
Individual (Apartamento/ Privativo).

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

1.10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

ASSISTENCIAIS: Porta de entrada; Autorização prévia; Direcionamento ou hierarquização do acesso; Referenciamento de prestador
FINANCEIROS: Co-participação, conforme Proposta de Adesão.

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 Médica e Hospitalar 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. A Contratada poderá solicitar a comprovação, a qualquer tempo, documentos para comprovação da regular situação de empresário individual, com vistas à contratação do plano de saúde.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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) companheiro, em União estável, sem eventual concorrência com ex-cônjuge ou ex-companheiro, salvo por decisão judicial;
b) o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da União Estável.
c) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) 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) o(s) sobrinho(s) até 58 anos;
g) o(s) pai(s) até 58 anos;
h) o(s) irmão(s) até 58 anos.

Filhos, Menores sob Guarda e Tutela – Condições Especiais Legais

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

3.4.1. A inclusão do recém-nascido filho em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da concessão da adoção, ou do recém-nascido sob guarda, no mesmo prazo, tendo o pai ou a mãe, ou o responsável legal cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, ocorrerá com isenção de carências e sem que haja alegação de Doença ou Lesão Preexistente. Caso o pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido filho ou o recém-nascido sob guarda ou tutela, incluído dentro dos primeiros 30 (trinta) dias do nascimento, da concessão da adoção, da tutela ou guarda, aproveitará as carências do pai/mãe ou responsável legal e não haverá alegação de Doença ou Lesão Preexistente.

3.4.2. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, poderá ocorrer arguição de Doença ou Lesão Preexistente, bem como a imposição de Carências.

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 oficiais.

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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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 na forma pro-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, os quais são os abaixo arrolados, arcando a Contratante com a responsabilidade e os ônus advindos do atraso.

3.13.1. Documentos exigidos para inclusão:

a) RG e CPF para todos titulares e dependentes.
b) Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos menores de 16 anos (quando não possuir RG), ou documento que comprove que o titular é responsável.
c) Cópia da Certidão de Casamento ou declaração de União Estável com reconhecimento de firma da assinatura do casal (ambos os companheiros).
d) Comprovante de vínculo empregatício, E-social, Guia GFIP, Guia de FGTS para o titular.
e) Ficha de inclusão.
(f) 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.

3.13.2. Documentos exigidos para exclusão:

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

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

3.15. 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.

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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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

Terceirizados

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

3.19. 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.

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

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A Operadora assegurará aos beneficiários regularmente inscritos, a cobertura básica prevista neste item, compreendendo 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 e demais normativas em vigor, 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 ou em ambulatório, em todas as modalidades de internação hospitalar, os procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica vigente, **desde que haja solicitação de médico assistente**, observadas as especificações a seguir.

A – COBERTURA AMBULATORIAL

A1. Compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, credenciados e indicados no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, para os procedimentos definidos e listados na segmentação ambulatorial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar em quaisquer das suas modalidades ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I. Cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM.

a) Não são consideradas especialidades médicas as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

II. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

III. Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.
IV. Cobertura de psicoterapia de acordo com o estabelecido na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados, conforme solicitação do médico assistente.
V. Cobertura de procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano, conforme solicitação do médico assistente.
VI. Cobertura das ações de planejamento familiar para a segmentação ambulatorial, listadas no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.
VII. Cobertura de atendimentos da segmentação ambulatorial caracterizados como urgência e emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98.
VIII. Cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98 e quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente.
IX. Cobertura de hemodiálise e diálise peritonial – CAPD, conforme solicitação do médico assistente.
X. Cobertura de 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 (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) 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.
XI. Cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, conforme solicitação do médico assistente, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) Medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI, conforme definido pela Lei n° 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 e suas atualizações; e
b) Medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente – ANVISA.

XII. Cobertura de procedimentos de radioterapia para a segmentação ambulatorial listados no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente:
XII.1. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a OPERADORA deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.
XIII. Cobertura de procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.
XIV. Cobertura de hemoterapia ambulatorial, conforme solicitação do médico assistente;
XV. Cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.
XVI. Cobertura ao planejamento familiar no que refere às ações educacionais, de aconselhamento e de atendimento clínico.

B – INTERNAÇÃO HOSPITALAR

B.1. A Operadora garante aos beneficiários os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, e previstos na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, **r**espeitando a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços Contratada, credenciada ou referenciada da Operadora de plano privado de assistência à saúde, os prazos de carência estabelecidos no contrato e observadas as seguintes disposições:
I. Cobertura de diárias de todas as modalidades de internação hospitalar, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.
II. Cobertura de 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) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações:
II.1. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
II.2. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
III. Custeio integral de 30 dias de internação, nos 12 (doze) meses de vigência não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, exclusivamente na rede referenciada pela OPERADORA para este plano.
III.1. Havendo utilização maior que 30 (trinta) dias durante o período de 12 meses, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. Essa coparticipação é específica para as internações psiquiátricas e será de 50% do valor da internação, contratado entre a OPERADORA e o prestador.
IV. Cobertura de transplantes listados nos Anexos da RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob às expensas da Operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
b) os medicamentos utilizados durante a internação;
c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção;

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, sem qualquer ônus ao beneficiário receptor.

IV.1. Os procedimentos de transplantes, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente, ressaltando-se as seguintes regras:

a) na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

b) as entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma e autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante (SNT).

c) são competências privativas das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhe são atribuídas pela legislação em vigor: determinar o encaminhamento de equipe especializada e providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

d) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições das normativas relacionadas a prazos de garantia de procedimentos, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, são considerados procedimentos de emergência assim definidos na forma da Lei 9656/98, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

V. Cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente, obedecidos os seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais;

b) que, no caso de ser necessária à realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, respeitando-se a segmentação Contratada.

VI. Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, devendo ser observadas as seguintes disposições da Resolução Normativa – RN n° 424, de 26 de junho de 2017 e suas atualizações:

a) cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

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

c) a Operadora deverá instaurar junta médica ou odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou a Operadora discordar das marcas indicadas.

VI.1. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção, retirada e também manutenção ou substituição, quando necessário, conforme indicação do profissional assistente.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

VII. Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação do médico ou cirurgião-dentista assistente, nos casos em que o beneficiário seja criança ou adolescente menor de 18 (dezoito) anos, idoso a partir de 60 (sessenta) anos de idade e pessoa portadora de deficiência, exceto nos casos de internação em CTI, UTI, CETIN ou similares.

VIII. Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para segmentação hospitalar, executados por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar.

IX. Cobertura de estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares, solicitados por cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar.

IX.1. O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

a) em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
b) os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

X. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal, a Operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

XI. Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem (exceto em caráter particular) e alimentação.

XII. Cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.

XIII. Cobertura de toda e qualquer taxa, inclusive as taxas de sala de cirurgia, bem como materiais utilizados e esterilizações, de acordo com o porte cirúrgico.

XIV. Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, somente dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

XV. Cobertura assistencial obrigatória dos insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos na Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a Operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.
XVI. Cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;
XVII. Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, nos moldes da RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações.
XVIII. É assegurada a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no rol de procedimentos e eventos em saúde vigente à época do evento, caso haja indicação clínica.
XIX. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecidas no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.
XX. Os procedimentos listados no Rol de Procedimentos da ANS, e seus Anexos, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente.
XXI. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, são garantidos se constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.
XXII. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo cobertura por este plano.
XXIII. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas serão assegurados somente quando assim especificados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento.
XXIV. É assegurado ao beneficiário deste plano o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, de acordo com os Anexos da Resolução Normativa – RN 465/2021 e suas alterações posteriores.

C – PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

C.1. A OPERADORA assegura aos beneficiários a cobertura de consultas médicas, exames complementares, bem como atendimentos médico-hospitalares, clínicos ou cirúrgicos, relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, previstos no Rol de Procedimentos editado pela ANS e Lei 9.656/98, respeitando a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços Contratada, credenciada ou referenciada da OPERADORA, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato e mediante solicitação médica, observadas as seguintes disposições:

I. Cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas a acompanhante indicado pela mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.
II. Cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP (Doença ou Lesão Preexistente) ou aplicação de CPT (Cobertura Parcial Temporária) ou Agravo.
III. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos da Resolução Normativa – RN 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, este procedimento poderá ser

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

acompanhado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente e se houver solicitação médica.

IV. Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, quando se referirem a processo gestacional.

IV.1. Quando o atendimento nos casos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, for efetuado no decorrer nos períodos de carência, havendo sido resultante de complicações no processo gestacional ou parto prematuro, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para a segmentação ambulatorial, cobrindo apenas as 12 (doze) primeiras horas de atendimento, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

IV.2. Ultrapassado o período de 12 (doze) horas acima referido, ou caso haja a necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da Operadora de planos privados de assistência à saúde, que realizará a remoção dentro dos limites da área geográfica de abrangência deste contrato.

IV.3. Em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

V. A contratação deste plano pelo beneficiário – pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

D – IMPORTANTE

I. Os itens inseridos nesta cláusula "cobertura" são taxativos, alterando-se somente em função da edição de novo rol pela ANS, responsabilizando-se a 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 MÉDICAS OU PROFISSIONAIS;
d) ALTERAÇÃO DE NOMENCLATURA DE PROCEDIMENTOS;
e) EXCLUSÃO DE TÉCNICAS MÉDICAS OU PROFISSIONAIS; e
f) ALTERAÇÃO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO e CLÍNICAS DOS PROCEDIMENTOS, BEM COMO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO.

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

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).

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

(2) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

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

(4) Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais.

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

(6) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos incisos X e XI do art. 21 da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações e, ressalvando o disposto no artigo 14 da Resolução Normativa referenciada.

(7) Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico.

(8) Cirurgias e tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.

(9) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

(10) Tratamentos em clínicas de emagrecimento, estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

(11) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou antes do cumprimento dos prazos de carências ou cobertura parcial temporária decorrente de doenças preexistentes, bem como aqueles prestados em desacordo com o estabelecido neste contrato.

(12) Cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, nos casos em que:

- **a) a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC NÃO tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e**
- **b) a ANVISA não tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto n° 8.077, de 14 de agosto de 2013.**

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

(13) Fornecimento de medicamentos de manutenção, durante a fase de acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e suas atualizações.

(14) Despesas com assistência odontológica de qualquer natureza, inclusive as relacionadas com acidentes, exceto a cobertura de cirurgias buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar e para aquelas passíveis de realização ambulatorial, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar.

(15) Despesas de acompanhantes não previstas neste contrato.

(16) Cirurgias para mudança de sexo.

(17) Produtos de toalete e higiene pessoal, fraldas, serviços telefônicos ou qualquer outra despesa que não seja vinculada à cobertura deste contrato.

(18) Consultas, exames, procedimentos, terapias e tratamentos realizados fora da área geográfica de abrangência Contratada, bem como das despesas decorrentes de serviços médicos hospitalares prestados por médicos ou entidades não credenciadas à OPERADORA, à exceção dos atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, que poderão ser realizados nos moldes deste contrato.

(19) Consultas, exames, procedimentos, terapias ou tratamentos realizados no exterior.

(20) Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.

(21) Cirurgias plásticas e procedimentos de natureza estética.

(22) Aplicação de vacinas.

(23) Exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo.

(24) Aluguel de equipamentos hospitalares e similares.

(25) Transplantes que não estejam cobertos na Resolução Normativa – RN n°465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações.

(26) Investigação de paternidade, maternidade ou consanguinidade.

(27) Procedimentos que não estejam previstos na Resolução Normativa – RN n°465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações.

(28) Procedimentos que não atendam ou preencham a integralidade dos requisitos, critérios e diretrizes exigidos no Anexo II – Proposta de Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde, no Anexo III – Proposta de Diretrizes Clínicas e no Anexo IV – Protocolo de

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

Utilização – PROUT, todos da Resolução Normativa – RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações.

(29) Especialidade médica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina.

(30) Aparelhos ortopédicos.

(31) Realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

(32) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto.

(33) Procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas, quando NÃO especificados no Anexo I da Resolução Normativa – RN 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação Contratada.

(34) Atendimentos realizados por profissionais e/ou estabelecimentos não credenciados à OPERADORA, ou seja, não indicados no Guia Médico do plano ora contratado, ou de forma a não respeitar os MECANISMOS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAIS.

(35) Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde não previstos neste instrumento, tais como, a título exemplificativo: assistência/internação domiciliar, assistência farmacêutica, transporte aeromédico, emergência domiciliar, transplantes não obrigatórios, procedimentos estéticos, assistência internacional, saúde ocupacional, remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável, prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência, isenção por prazo determinado do pagamento da mensalidade na eventualidade de desemprego e outros.

(36) Atendimentos domiciliares, escolares, em logradouros públicos, praças e parques, escolas esportivas, em qualquer local diverso ao previsto na Lei 9.656/98 e nesse contrato.

(37) Quaisquer procedimentos, exames e atendimentos, à exceção da consulta médica, não solicitados por médico assistente.

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. Este contrato terá prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses, iniciando-se na data da assinatura do instrumento jurídico, ou qualquer outra que as PARTES assim definirem, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado.

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

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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

6.3. A manutenção deste contrato, sendo a Contratante enquadrada como Empresário Individual, dependerá da comprovação da regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a cada aniversário do contrato ou em qualquer outro momento, quando solicitado pela Contratada.
6.4. Havendo rescisão imotivada em período inferior aos 12 (DOZE) meses iniciais, será cobrada multa de 50% (cinquenta por cento) sobre as parcelas vincendas.
6.5. Por se tratar de interrupção na vigência do Contrato, a possibilidade de **Downgrade e Upgrade,** antes dos primeiros 12 (doze) meses do contrato, deve atender às regras de vigência mínima e será apreciada pela Contratante.
6.5.1. Ultrapassados os 12 (doze) meses de vigência, caberá à Contratante o direito de realizar **Upgrade,** que é a troca de plano para outro com maiores coberturas, acomodação em internação de nível superior ou área de abrangência mais extensa que do plano original. Poderá, a sua escolha, a Contratante solicitar **Downgrade,** que compreende a troca para plano de saúde com coberturas menores, acomodação em internação de nível inferior ou área de abrangência menos extensa que do plano original.
6.5.2. Ocorrendo o **Upgrade ou Downgrade,** o presente contrato será cancelado e nova minuta e termo de adesão firmados, que retratem a nova negociação, sendo que, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelos beneficiários. Nesse caso, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, em relação ao acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações.
6.5.3. Na hipótese de realização de **Upgrade ou Downgrade**, não será necessária a reapresentação de documentos dos beneficiários, sendo a movimentação realizada mediante confirmação da Contratante da transferência da integralidade da massa de beneficiários.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento das carências a seguir especificadas.
7.2. Os prazos de carência não se confundem com o prazo da Cobertura Parcial Temporária – CPT, correndo eles de maneira independente.
7.3. Para fins do presente contrato, as carências serão dispensadas quando presentes os requisitos abaixo, concomitantemente:

a) número de participantes no contrato igual ou maior que 30 (trinta) e
b) pedido de ingresso no plano em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Contratante.

7.4. Ressalvada a hipótese acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecida no plano contratado, a partir do ingresso do Beneficiário no contrato de plano de saúde; respeitado os seguintes os prazos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência, nos termos e limites da Resolução CONSU nº 13/98.
b) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.
c) 300 (trezentos) dias para cobertura de parto a termo.

7.5. Os prazos de carência poderão ser negociados entre as Partes desde que expressamente estabelecidos na Proposta, que será parte integrante do presente Contrato.
7.6. Serão considerados os períodos de carência, porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo Beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma Operadora, qualquer que tenha sido o

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos.

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

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1. Para fins do presente contrato, são consideradas doenças e lesões preexistentes aquelas das quais o(s) Beneficiário(s) ou o seu representante legal saiba ser portador(es) ou sofredor(es), no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656/1998.

8.2. O beneficiário deverá informar à Operadora, por meio da Declaração de Saúde, acompanhada da Carta de Orientação ao Beneficiário, o conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

8.3. O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados pela Operadora, sem qualquer ônus para o beneficiário.

8.4. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da Operadora, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

8.5. O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

8.6. É vedada a alegação de omissão de informação de Doença ou Lesão Preexistente quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela Operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

8.7. Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a Operadora oferecerá a Cobertura Parcial Temporária (CPT), e, dependendo do caso, ser-lhe-á facultada a oferta do Agravo como opção à CPT a critério da Operadora.

8.8. Caso a Operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT a critério da Operadora.

8.9. Caso a Operadora não ofereça Cobertura Parcial Temporária no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo.

8.10. Cobertura Parcial Temporária - CPT é 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, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos,

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

desde que relacionados exclusivamente às Doenças ou Lesões Preexistentes declaradas pelo beneficiário ou pelo seu representante legal.

8.11. Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura Contratada, para a Doença ou Lesão Preexistente declarada, após o cumprimento dos prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a Operadora e o beneficiário.

8.12. O Agravo, que será facultativo o seu oferecimento, será regido por aditivo contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a percentual ou valor do Agravo e período de vigência do Agravo.

8.13. Se for identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de Doenças ou Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a Operadora tem a prerrogativa de comunicar a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário e poderá solicitar a abertura de processo administrativo junto a ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à Cobertura Parcial Temporária.

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

8.15. Após julgamento, e acolhida à alegação da Operadora, pela ANS, o beneficiário passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a Doença ou Lesão Preexistente, bem como, será excluído do contrato.

8.16. Nos casos de Cobertura Parcial Temporária, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação Contratada, Lei n° 9.656/1998 e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observado o teor do Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão.

8.17. OS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS OU MAIS: Não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes, quando o número de participantes for igual ou maior que 30 (trinta), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica Contratante.

8.18. DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS: No plano de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes menor que 30 (trinta) beneficiários, em casos de Doenças e Lesões Preexistentes, haverá cláusula de Agravo ou Cobertura Parcial Temporária.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

9.1. Estão cobertos os atendimentos nos casos de:

a) URGÊNCIA, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
b) EMERGÊNCIA, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração de médico assistente.

9.2. A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência, definidos na forma da Lei 9656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional deverá reger-se pela garantia da atenção e

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura e abrangência geográfica do contrato.

9.3. O atendimento da situação de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, será de acordo com a segmentação e abrangência Contratadas e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da Operadora ou para o SUS quando não houver cobertura para a continuidade do tratamento.

9.4. Nas situações de emergência e urgência, assim definidos na forma da Lei 9656/98 é assegurado aos beneficiários:

a) Garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência contratual de cada beneficiário.
b) Garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções.
c) Garantia dos atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, referentes ao processo gestacional, limitados até às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência.
d) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação hospitalar em quaisquer das modalidades, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.
e) Garantia de atendimento limitado às primeiras 12 (doze) horas para atendimento da segmentação ambulatorial, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, for efetuado no decorrer dos períodos de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar.
f) Garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.
g) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, quando ultrapassadas as primeiras 12 (doze) horas de atendimento, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para quaisquer das modalidades de internação hospitalar.
h) Garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, nos casos em que houver Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

9.5. Serão observadas as seguintes regras no caso de remoção para unidade SUS:

a) quando não possa haver remoção por risco de vida, o Contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a Operadora, desse ônus;
b) caberá à Operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

c) na remoção, a Operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
d) quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que não pertença ao SUS, a Operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

9.6. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

9.6.1. A Operadora assegurará o reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas com assistência à saúde efetuadas pelo titular ou dependente, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, aqueles definidos na forma da Lei 9656/98, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela Operadora, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, nos moldes deste instrumento.

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

a) solicitação do reembolso através do preenchimento de formulário próprio;
b) relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado e sua justificativa, data do atendimento, e, quando for o caso, tempo de permanência no hospital, data da alta hospitalar, CID da doença básica, descrição das complicações quando for o caso e relatório e alta;
c) conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
d) recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
e) comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

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

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

9.6.5. Não serão reembolsados:

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

9.7 ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.7.1 Será garantido o reembolso das despesas relacionadas a consultas médicas, comprovadamente pagas, de acordo com a Tabela de Referência (contida na proposta de adesão assinada), quando o beneficiário utilizar os serviços de profissionais e instituições não participantes da rede assistencial, nem da própria ou contratualizada, desde que tais atendimentos estejam previstos no Rol de Procedimentos, de acordo com a segmentação assistencial contratada, dentro da área de atuação do contrato, e realizados após o cumprimento dos prazos de carências.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

9.7.1.1 Os valores a serem reembolsados não têm qualquer vínculo com os preços negociados pelo beneficiário diretamente com os médicos ou instituições médicas não pertencentes à rede credenciada, mas relacionam-se com a Tabela Referência.

9.7.2 Tabela de Referência. Assim chamada a tabela que determina os valores a serem reembolsados, conforme os nomes comerciais do Produto.

9.7.2.1 Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor será deduzido do reembolso pago.

9.7.2.2 A tabela de reembolso e seus respectivos valores e fatores estão disponíveis no site da Operadora na Internet, na Proposta de Adesão, na sede da Operadora e registrado no Cartório, para consulta dos beneficiários. O valor do reembolso das despesas não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas nem inferiores aos praticados na rede credenciada pela Operadora. Os valores de reembolso serão reajustados anualmente até no limite máximo do percentual aplicado ao contrato.

9.7.3 Regras de Pagamento. Para solicitar o reembolso, o beneficiário deve completar o formulário acessível em https://www.humanasaude.com.br/nordeste/ e encaminhar à Operadora, via web, juntamente com a documentação nele indicada. A solicitação também poderá ser feita presencialmente, momento em que será fornecido o formulário para preenchimento.

9.7.3.1 Documentos obrigatórios:

Consultas médicas Prestador Pessoa Física	1) Recibo original* e quitado, emitido pelo prestador que realizou o evento/procedimento, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição. Deve ser apresentado também o CPF e o registro ativo no conselho profissional, o endereço e o telefone do local onde foi realizada a consulta; 2) **Comprovante de pagamento:** comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de cartão de crédito ou débito, compensação de cheque ou comprovante de saque ou similar que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento; 3) **Formulário preenchido.**
Consultas médicas Prestador Pessoa Jurídica	1) Nota Fiscal e recibo de quitação*, em caso de Pessoa Jurídica e valor pago, nome de cada evento/procedimento realizado com seu valor unitário, razão social e CNPJ da instituição. 2) Comprovante de pagamento: comprovante de transferência bancária, comprovante de PIX, comprovante de cartão de crédito ou débito, compensação de cheque ou comprovante de saque ou similar que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento Recibos originais dos

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

	profissionais que atenderam o paciente, constatando a especialidade, registro nos respectivos Conselhos de Classe e CPF, com carimbo e assinatura ou Nota Fiscal para os profissionais organizados em Pessoa Jurídica; 3) Documentos adicionais como relatório médico e/ou prontuário clínica em casos específicos podem ser solicitados; 4) Formulário preenchido.

*Se a Nota fiscal constar nome de emitente diverso do favorecido no recibo, será necessário apresentar declaração do emitente que a pessoa favorecida constante no recibo está autorizada a receber pela prestação dos serviços.

9.7.3.2 Prazo. O reembolso será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da entrega, pelo beneficiário, à Contratada de todos os documentos requisitados no formulário, incluindo o formulário devidamente preenchido.

9.7.3.3 Forma de pagamento. O reembolso será efetuado pela Contratada por meio de crédito em conta corrente do beneficiário que realizou o procedimento ou do Titular ou de seu representante legal.

9.7.4 Prazo para Solicitação de Reembolso

O beneficiário poderá solicitar reembolso de eventos cobertos no prazo máximo de 1 (um) ano contado da data de sua realização, desde que esteja ativo no contrato no momento do pedido. Reembolsos não serão devidos caso o beneficiário esteja inativo, independentemente da data de realização do evento, em razão do rompimento do contrato.

9.7.5 Em casos de dúvidas sobre a sistemática ou cálculo de reembolso, favor entrar em contato com o SAC no telefone 4020-4220.

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 abaixo estabelecido.

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 de saúde 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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.

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 Médico 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 Médico 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 Médico 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, conforme art. 17 da Lei n° 9.656/98, e demais instruções normativas editadas pela ANS.

10.7. Se o descredenciamento ocorrer durante o período de internação hospitalar, a Operadora assegurará as despesas hospitalares até a alta do beneficiário. Se o descredenciamento decorrer de constatação de infração às normas sanitárias, a Operadora transferirá o Beneficiário imediatamente, arcando integralmente com os custos.

C – Direcionamento, Referenciamento e Porta de Entrada

Direcionamento

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

a) Consultas e sessões: serão atendidos nos consultórios de médicos ou por profissionais médicos contratados ou credenciados para os referidos serviços, direcionados pela Operadora.
b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, direcionados pela Operadora.
c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante direcionamento da Operadora.

Referenciamento

10.9. A Operadora prestará serviços de Transplantes, Cirurgias Cardíacas, Quimioterapia, por meio de sua rede referenciada, de acordo com o indicado no GUIA MÉDICO, podendo, tais prestadores estarem localizados em municípios diferentes ao da área de abrangência contratual.

10.10. A Contratada atualizará periodicamente os procedimentos e tratamentos, cuja cobertura se dá por meio de prestadores referenciados, no site.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

D – Autorização e Auditoria prévias

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

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

10.13. As autorizações serão obtidas pelo Beneficiário na sede da Operadora, ou por meio dos canais digitais da Operadora.

10.14. Para internações hospitalares eletivas, independentemente da modalidade, o beneficiário deverá procurar a Operadora, antes de se dirigir à rede hospitalar credenciada do plano contratado, apresentando o pedido de internação firmado pelo médico assistente, justificando as razões da internação, indicando o diagnóstico, o tratamento prescrito, a duração prevista da internação, quando a Operadora emitirá a guia de internação , com prazo previamente estabelecido, que poderá ser prorrogado mediante solicitação médica.

10.15. Estão sujeitos à autorização prévia todos os procedimentos e eventos que integram a cobertura deste contrato e que tenham natureza eletiva.

10.16. 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.

10.17. 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 médicas, dentre outros.

10.18. A Operadora não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais 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.

10.19. 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.

10.20. Na hipótese de o beneficiário optar por acomodação hospitalar superior àquela Contratada deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e hospitalares, conforme negociação direta com o médico ou hospital.

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

10.22. 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.

10.23. Caso não consiga encontrar prestador de serviços ou tiver dificuldade para agendar consulta de determinada especialidade, o beneficiário deverá contatar a Operadora para que esta lhe indique um prestador que lhe atenda dentro dos prazos estabelecidos nas normativas da ANS, para o procedimento solicitado.

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

10.25. Quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica, contínua ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, incidirá coparticipação no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação. Esta incidência se dará independentemente de o produto ser ou não coparticipativo.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

E – Junta Médica e Odontológica

10.26. No caso de situações de divergências médicas a respeito de auditoria médica, a definição de impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante, por médico da Operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais citados, cuja remuneração ficará a cargo da Operadora.

10.27. Os pedidos de órteses e próteses, bem como de procedimentos, terapias, feitos pelo médico/profissional assistente serão avaliados pela auditoria, quanto à indicação, quantidade e, em caso de divergência, será formada junta médica para dirimir o impasse.

10.28. Havendo instauração de junta médica / 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.

F – Mecanismos Financeiros de Regulação – Coparticipação e/ou Franquia

10.29. Será cobrada coparticipação ou franquia em decorrência da utilização dos eventos em saúde e procedimentos garantidos pela Contratada.

10.29.1. Os procedimentos e eventos em saúde passíveis de cobrança de mecanismos financeiros serão classificados/agrupados pela Contratada na Proposta de Adesão, de acordo com seus correspondentes valores ou percentuais de coparticipação ou franquia.

10.29.2. A lista contendo individualmente os nomes dos procedimentos e eventos em saúde pertencentes a cada grupo ou classe indicada na Proposta de Adesão poderá ser consultada pelos beneficiários no site da Contratada.

10.30. Internação Psiquiátrica. A partir do 31ª dia de internação durante o ano contratual, de forma consecutiva ou não, será cobrada coparticipação por dia de internação. Essa coparticipação é específica para as internações psiquiátricas e será de 50% (cinquenta por cento) do valor da internação, contratado entre a Operadora e o Prestador.

10.31. Para fins deste contrato, entende-se por:

a) coparticipação como sendo o valor devido pelo Contratante à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário;
b) franquia como sendo o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou contratada.

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

11.1.1. Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida 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. A elaboração dos preços ora contratados baseou-se nas demais informações constantes na tabela de vendas vigente no momento da contratação, na Proposta Contratual e no perfil populacional apresentado pela CONTRATANTE. Além disso, a precificação desse contrato levou em consideração que a cobertura prestada será exclusivamente a constante no rol de eventos e procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde) constante no website www.gov.br/ans/pt-br.

11.1.2. Na hipótese de a população incluída não corresponder àquela informada pela CONTRATANTE para a formação do preço, as PARTES poderão de boa-fé renegociar as condições e revisar os valores do contrato.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

Caso as Partes não cheguem a um consenso sobre a revisão contratual, a critério da CONTRATADA, o contrato poderá ser rescindido, sem prejuízo de aplicação de multa prevista na cláusula 6.4 do presente contrato.

11.2. MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO

11.2.1. O pagamento da mensalidade, decorrente deste Contrato, é de responsabilidade exclusiva da Contratante, excetuados os casos previstos nos art. 30 e 31 da Lei 9.656/98, os de contratação por empresas públicas, e em situações que os beneficiários podem receber os boletos diretamente da OPERADORA, conforme normativa vigente.

11.2.2. Os valores pagos a título de coparticipação serão encaminhados, de forma destacada, juntamente com o boleto mensal.

11.2.3. Caso a Contratante não receba a fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à Operadora, ou baixar do sítio eletrônico da Contratante, na área do cliente.

11.2.4. Ficará a cargo da Operadora a escolha do modo de cobrança mais adequado à região, ficando, desde já autorizada pela Contratante a enviar o boleto digital, fatura, nota fiscal de serviços e relatórios financeiros digitais por meio virtual, nos endereços eletrônicos, informados nesse contrato.

11.2.5. 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.

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

11.2.7. 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.

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

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

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

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

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

11.3 Beneficiários pagantes diretamente à Operadora, Administradora e a Empresas Terceirizadas de Cobrança

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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. São responsáveis também pelo pagamento de suas mensalidades os beneficiários para os quais a regulamentação dos planos de saúde permite o envio de cobrança diretamente pela OPERADORA, ADMINISTRADORA ou por empresas terceirizadas de cobrança.

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 disponibilizados no site da OPERADORA, ou encaminhados ao endereço informado pelo beneficiário, ou no 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 beneficiário que não pagar sua(s) mensalidade(s) será notificado por um dos seguintes meios, desde que informados na Proposta de Adesão:

a) correio eletrônico (e-mail);
b) mensagem de texto para telefones celulares via SMS ou via aplicativo de mensagens com criptografia (whatsapp, telegrama),
c) ligação telefônica gravada,
d) carta, ou outros meios de comunicação.

11.3.6 Uma vez notificado, por um dos meios citados, o beneficiário terá o prazo de 10 dias corridos para pagar integralmente o débito constante na notificação, sob pena de exclusão do plano.

11.3.7 O beneficiário será excluído, se deixar de pagar sua(s) mensalidade(s), quando notificado para pagar, e não o fizer, ou fazê-lo parcialmente, no prazo de 10 (dez) dias corridos da ciência. A OPERADORA o notificará da inadimplência ocorrida até o quinquagésimo dia do não pagamento. Caso a OPERADORA opte por notificá-lo após o quinquagésimo dia, será concedido o mesmo prazo de 10 (dez) dias corridos para pagamento.

11.3.8 Após esgotadas as tentativas de notificação pelos meios de contato informados pelo beneficiário, ainda que não confirmada a sua ciência, a OPERADORA cancelará sua adesão, decorridos 10 (dez) dias da última tentativa.

11.3.9 O atendimento será automaticamente suspenso ao beneficiário que não pagar sua mensalidade no prazo de 7 (sete) dias, desde que previamente informado por um dos meios de contato oferecidos na contratação.

11.3.10 Devido à imposição da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, a CONTRATADA dará ciência à CONTRATANTE da exclusão unilateral realizada pela OPERADORA.

11.3.11 É obrigação do beneficiário manter seus dados atualizados, sob pena de ser excluído do contrato coletivo ou sofrer suspensão do atendimento.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

12. REAJUSTE

REAJUSTE FINANCEIRO

12.1. Todos os valores do contrato - coparticipações, limites de reembolso e custos de cartões - 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 a Variação dos Custos Médicos e Hospitalares – VCMH (honorários médicos, diárias e taxas hospitalares, materiais, medicamentos, gases medicinais e demais despesas assistenciais) per capita, apurada no período de 24 (vinte e quatro) meses, comparando o custo per capita dos 12 (doze) meses mais recentes com o custo per capita dos 12 (doze) meses imediatamente anteriores, referentes a beneficiários/contratos fora do período de carência. Na ausência do VCMH a operadora utilizará o último IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado por 12 meses, divulgado pelo IBGE ou outro que venha substituí-lo.

12.3.1. Será incluída no Reajuste Financeiro a estimativa de impacto de novos procedimentos e eventos incluídos no Rol da ANS, ou quaisquer outros fatores que possam determinar o aumento de custos para o próximo período de cobertura

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 [(ΣD/ ΣM/ IE) – 1]

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

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

IE = 70% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

12.4.1. O período apurado será o de 12 (doze) meses 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.
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.
12.6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.
12.7. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da mensalidade em razão de mudança de faixa etária.
12.8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.
12.9. Aos Contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas, as Partes poderão negociar a aplicação de índice de reajuste diverso nas mensalidades e coparticipações.
12.9.1. Para estes contratos, o índice técnico da primeira reavaliação será apurado expurgando as despesas assistenciais e receitas diretas dos dois primeiros meses. Nas reavaliações subsequentes, o índice técnico será apurado considerando os 12 últimos meses disponíveis.

Contratos com 29 vidas ou menos – Pool de Risco
12.10. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, apurados na data do último aniversário do contrato, o reajuste aplicado nas mensalidades, coparticipações e demais valores contratuais, será o percentual apurado com base no agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários.
12.10.1. Para apuração do número de beneficiários, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado, e todas as vidas presentes nos contratos firmados por empresas reunidas (Ex: filiais, mesmo grupo econômico, terceirizados, sindicatos).
12.10.2. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste. O período de apuração para efeito do cálculo do índice de reajuste será de janeiro a dezembro do ano anterior.
12.10.3. O reajuste obedecerá a mesma Metodologia de Cálculo para os contratos com mais de 29 (vinte e nove) vidas, exposta nos itens 12.1 a 12.4, com a diferenciação do Índice de Equilíbrio (IE), que será utilizado em 60%.
12.10.4. Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior a 29 (vinte e nove) na data do último aniversário, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.
12.10.5. A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.
12.10.6 A operadora divulgará até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico https://www.humanasaude.com.br/nordeste/, nos termos das normas vigentes.
12.10.7. O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, a todas as Contratantes, sendo vedado qualquer tipo de variação.
12.10.8. Todos os valores contratuais – mensalidades, coparticipações, valores outros – serão reajustados igualmente pelo mesmo índice apurado na metodologia exposta para os contratos com menos de 30 (trinta) vidas.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1. A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário.
13.2. Para fins deste plano privado de plano de assistência à saúde são adotadas as seguintes faixas etárias, de acordo com a regulamentação da ANS:

FAIXA ETÁRIAS
00 a 18 anos
19 a 23 anos
24 a 28 anos
29 a 33 anos
34 a 38 anos
39 a 43 anos
44 a 48 anos
49 a 53 anos
54 a 58 anos
59 ou mais

13.3. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da mensalidade será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente.
13.4. A variação do valor da mensalidade em decorrência da mudança de faixa etária que incidirá sobre o preço pago pelo Beneficiário não se confunde com o reajustamento pela variação de custos.
13.5. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
13.6. Os percentuais de variação e os valores das mensalidades estão demonstrados na Proposta de Adesão.
13.7. Não poderá haver distinção quanto ao valor da mensalidade entre os Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

14. REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS.

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

14.1.1. 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.
14.1.1.1. É garantida a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no período de manutenção da condição de beneficiário.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

14.1.2. 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.
14.1.3. Considera-se contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.
14.1.3.1. 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.
14.1.4. Os direitos previstos no artigo 30 da Lei n˚9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.
14.1.5. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 30 da Lei n˚9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
14.1.6. Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 30 da Lei n˚9.656/98.
14.1.7. O direito de manutenção no plano não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
14.1.8. 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.
14.1.8.1. 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.
14.1.9. A Operadora, ao receber a comunicação de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica Contratante que lhe informe:

a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa.
b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra como empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa, pois nesse caso ser-lhe-á garantido o direito de manter sua condição de beneficiário, observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5º da RN 488/2022, e suas posteriores alterações.
c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde.
d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde, sendo cumulativos o período contribuído sucessivamente para outras Operadoras e em empresas submetidas a fusão, incorporação, cisão ou transformação, ainda que tenha havido rescisão do contrato de trabalho durante o processo.
e) Se há convenção ou acordo coletivo de trabalho que estabeleça vantagens relacionadas com o plano de saúde que vão além daquelas estabelecidas no artigo 30 da Lei n˚9.656/98;
f) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.1.10. 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

14.1.11. 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.

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

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

14.1.13. 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.

14.1.14. 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.

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

14.2.1. 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.

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

14.2.2. 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.

14.2.3. 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, na utilização dos serviços de assistência médica.

14.2.3.1. 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

14.2.4. Os direitos previstos no artigo 31 da Lei n˚ 9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica.
14.2.5. Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da aposentadoria é assegurado ao empregado os direitos previstos no artigo 31 da Lei n˚ 9.656/98, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.
14.2.6. Em caso de morte do beneficiário titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência, nos termos do artigo 31 da Lei n˚ 9.656/98.
14.2.7. O direito de manutenção no plano não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.
14.2.8. 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.
14.2.8.1. 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.
14.2.9. A Operadora, ao receber a comunicação de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica Contratante que lhe informe:

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

14.2.10. 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.
14.2.11. 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.

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

a) Pelo decurso do período de permanência do ex-empregado aposentado no plano de saúde;

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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.

14.2.13. 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.

14.2.14. 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.

14.3. DAS OBRIGAÇÕES

14.3.1. 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.

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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

14.3.2. 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.

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.

14.3.3. 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.

15. CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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

a) fraude;
b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica Contratante, ou de dependência;
c) a pedido do beneficiário, nos termos da regulamentação vigente;
d) inadimplência do beneficiário responsável pelo pagamento diretamente à OPERADORA.

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

15.3.1. se ocorrer demissão ou aposentadoria, na condição de titular;

15.3.2. na situação de dependente, pela separação de corpos, o divórcio e a dissolução da união estável retiram do cônjuge/companheiro e das noras e genros;

15.3.3. na situação de dependente, pelo atingimento da idade máxima estabelecida no contrato ou Proposta de Adesão.

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

15.5. 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.

15.6. 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

15.7 O titular que deixar de pagar suas mensalidades à OPERADORA e for excluído perderá o direito de sua manutenção no plano, bem como de seus dependentes.

16. RESCISÃO/SUSPENSÃO

16.1 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, 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;
c) no caso de contratos celebrados por Empresário Individual, a Operadora deve seguir o estabelecido no item 16.4.

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.

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

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

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

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

16.6. Na ocorrência de rescisão contratual imotivada antes do período de 12 (doze) meses, a pedido da Contratante, caberá a esta pagar à Operadora multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) sobre a totalidade das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) ativos no contrato. Caberá a mesma multa, caso a Contratante retire, por movimentação, quase a totalidade do número de participantes do Contrato, antes do término da vigência de 12 (doze) meses.

16.7. 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.

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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

17. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

17.1. Para os fins desta Cláusula são considerados:

a) "Dados Pessoais": qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("Titular" ou "Titular dos Dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

b) "Representante do Titular dos Dados": Um dos pais ou o representante legal, conforme aplicável, para a coleta de consentimento quando ocorrer o Tratamento de Dados Pessoais da Criança.

c) "Criança": Em observância ao art. 2º do Estatuto de Criança e do Adolescente – ECA, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos.

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);

17.2. 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.

17.3. 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").

17.4. 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.

17.5. 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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

17.7. 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.

17.8. As Partes deverão manter sigilo em relação aos Dados Pessoais tratados em virtude deste Contrato, garantindo que todas as pessoas autorizadas a tratarem tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o Tratamento de Dados Pessoais.

17.9. 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.

17.10. 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.

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

17.12. 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.

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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

17.14. 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.

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

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

a) data e hora do Incidente de Segurança;
b) data e hora da ciência pela Parte notificante;
c) relação dos tipos de dados afetados pelo Incidente de Segurança;
d) quantidade e relação de Titulares afetados pelo Incidente de Segurança;
e) dados e informações de contato do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) para fornecer outras informações sobre o Incidente de Segurança;
f) descrição das possíveis consequência do Incidente de Segurança;
g) indicação das medidas adotadas, em andamento, e futuras para reparar o dano e evitar novos Incidentes de Segurança.

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

17.15. 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.

17.15.1. 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.

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

17.15.3. 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.

17.15.4. 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.

17.16. 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.

17.17. 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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

referida Parte tiver base legal, de acordo com a Legislação Aplicável, para continuar o tratamento dos Dados Pessoais.

17.18. 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.

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

18. CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

18.1. 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.

18.2. 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.

18.3. 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.

18.4. 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.

18.5. 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.

19. 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.

ACONSELHAMENTO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR: Processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou do 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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 onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros, outros procedimentos e terapia, que não exijam internação 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, outros procedimentos e terapias que não exijam internação para o atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN n° 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações.
ATENDIMENTO 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 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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.
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 n° 9.656/98.
CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.
OPERADORA para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.
CONVIVENTE/COMPANHEIRO: Pessoa que vive em comum com outrem em intimidade, familiaridade, 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 identifica direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular.
DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“Titular” ou “Titular dos Dados”) referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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.
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 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 que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença, nesta definição incluídas as eventuais internações hospitalares.
EXAME: É o procedimento complementar solicitado pelo médico, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.
EXAME PERICIAL DE ADMISSÃO: É o ato médico (e demais procedimentos) executado por profissional indicado pela OPERADORA cuja finalidade é identificar doença e lesão que o beneficiário seja portador antes da contratação.
EXCLUSÃO DE COBERTURA CONTRATUAL: Situação na qual, de acordo com a legislação de plano de saúde e o contrato, procedimento e/ou evento em saúde não são de cobertura obrigatória pela OPERADORA de plano privado de assistência à saúde.
GUIA MÉDICO DA REDE: Publicação da OPERADORA, onde consta a relação de médicos 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.
INSCRIÇÃO: É o ato de incluir um beneficiário no plano de saúde, condicionado ao aceite da OPERADORA.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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 quaisquer outros para assistência à saúde.
PRIMEIROS SOCORROS: É o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.
PROCEDIMENTO: É qualquer ato médico 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 ocorridas no período de 1 (um) ano.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

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° 510 de 2022.
REEMBOLSO: Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.
ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa – RN 465/2021, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, que constitui a referência básica para 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 Médico 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 e seus respectivos custos nas hipóteses em que seja necessária a aferição de valores dos serviços de assistência à saúde.
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.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. A Contratante reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a Operadora, mesmo em caso de atendimentos por outras Operadoras, por meio do compartilhamento de rede (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.
20.2. A Contratante autoriza a Operadora a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.
20.3. 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.
20.3.1. 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

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

notificar os beneficiários inscritos no presente contrato, eximindo a segunda de qualquer responsabilidade quando as referidas informações não forem repassadas.

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

20.5. 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.

20.6. 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.

20.7. 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.

20.8. 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.

20.9. 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.

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

20.11. Caso algum procedimento seja acrescido por caracterizar nova tecnologia a ser utilizada na prática médica, por ter sido inserido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela ANS, a Operadora reserva-se no direito de cobrar coparticipação também sobre o novo procedimento, se o produto for coparticipativo.

20.12. 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.

20.13. A Operadora não autorizará procedimentos em hospital, clínica ou terceiro prestador de serviço credenciado que adote tabela de preços própria, diferente da Tabela de Referência praticada pela Operadora, cabendo ao beneficiário que optar por estes estabelecimentos arcar com os custos decorrentes do atendimento, assumindo as despesas e negociando diretamente com o prestador.

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

20.15. 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.

20.16. 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.

Docusign Envelope ID: 7CBDE77F-7DAB-4A5A-B151-CA8A68D6567D

20.17. 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.
20.18. A CONTRATANTE DECLARA QUE A OPERADORA OFERECE NO ATO DA INSCRIÇÃO DE CADA BENEFICIÁRIO INSCRITO NO PRESENTE INSTRUMENTO O PLANO REFERÊNCIA, COM SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL PREVISTA NO CAPUT DO ARTIGO 10 DA LEI N° 9.656/98, NOS MOLDES DO QUE DETERMINA O §2º DO REFERIDO DISPOSITIVO LEGAL.
20.19. A Contratante declara ter ciência do inteiro teor dos documentos integrantes deste contrato, os quais lhe foram entregues VIRTUALMENTE para todos os fins e efeitos de direito, através do e-mail indicado:

a) Proposta de Adesão.
b) Carta de Orientação ao Beneficiário, entregue previamente ao preenchimento da Declaração de Saúde.
c) Declaração de Saúde.
d) Declaração do Proponente.
e) Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), entregue anteriormente à assinatura da Proposta de Adesão e Contrato ora firmado.
f) Guia de Leitura Contratual (GLC).

20.20. É obrigação da Contratante fornecer ao beneficiário, no ato da sua inscrição, as informações relacionadas ao inteiro teor deste contrato.
20.21. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
20.22. Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre os contraentes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.

21. ELEIÇÃO DE FORO

21.1. 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 SAÚDE NORDESTE LTDA.

DocuSigned by:
Paulo Jorge Rascão Cardoso
36CF2EDFD1A44A0...

PAULO JORGE RASCÃO CARDOSO
DIRETOR

DocuSigned by:
Gabriela de Oliveira Arruda
48709D88D413419...

GABRIELA DE OLIVEIRA ARRUDA
GERENTE DE PRODUTOS

Rubrica