

PREAMBULO

NOME COMERCIAL DO PLANO: OPÇÕES QUARTO PRIVATIVO COPARTICIPAÇÃO PJ

SEGMENTAÇÃO DO PLANO: AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

ACOMODAÇÃO: QUARTO PRIVATIVO

FATOR MODERADOR: COPARTICIPAÇÃO

CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL

NÚMERO DE REGISTRO DE PRODUTO NA ANS: 485.555/20-8

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE

1.1 QUALIFICAÇÕES DA OPERADORA: HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA., nome de 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/MF sob nº 00.361.325/0001-08, com sede na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina/PI, CEP: 64.000-020; Filial Parnaíba/PI, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.361.325/0003-61 localizada na Av. Presidente Vargas, nº 202, Centro, Parnaíba/PI, CEP: 64200-200; Filial Floriano/PI, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.361.325/0004-42 localizada na Av. Eurípedes de Aguiar, nº 422, Sala 11, Centro, Floriano/PI, CEP: 64800-002; Filial Picos/PI, inscrita sob nº 00.361.325/0005-23 localizada na Rua Monsenhor Hipólito, nº 988, Centro, Picos/PI, CEP 64600-002 e Filial Natal/RN, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.361.325/0007-95 com sede na Av. Prudente de Moraes, 870, Tirol, Natal - RN - CEP: 59.020-510, representada na forma de seu estatuto social, doravante denominada “CONTRATADA” ou “OPERADORA”.

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

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

1.3 NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS:

1.3.1 Nome Comercial: Opções Quarto Privativo Coparticipação PJ

1.3.2 Registro de Produto na ANS nº 485.555/20-8

1.4 TIPO DE CONTRATAÇÃO:

1.4.1 O presente contrato é caracterizado como Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial.

1.5 SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE:

1.5.1 O Plano possui a segmentação Ambulatorial Hospitalar com Obstetrícia

1.6 ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE:

1.6.1 Os serviços ora contratados serão prestados pela OPERADORA conforme disposto no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, através de seus médicos contratados e/ou credenciados e rede própria ou por ela credenciada, com direito ao atendimento na Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, desde que disponibilizada no local da prestação de serviços, compreendendo como área geográfica de abrangência aquela qualificada como Nacional, a qual inclui os todos os municípios dos Estados da Federação.

1.7 ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE:

1.7.1 A área de atuação do plano contratado abrange todos os municípios dos seguintes Estados da Federação: Em todo território nacional.

1.8 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO: Quarto Privativo

1.9 FORMAÇÃO DO PREÇO:

1.9.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada é o preço pré-estabelecido.

1.10 SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Somente aqueles que estiverem informados na Proposta de Adesão.

1.10.1 EMERGÊNCIA FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA CONTRATADA.

1.10.1.1 Em caso de urgência e emergência, assim definidos pela Lei 9656/98, e somente nesses casos, os beneficiários poderão ser atendidos fora da área geográfica de abrangência do plano de saúde ora contratado, desde que dentro do território nacional, através da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, quando haja disponibilidade no local da prestação de serviços, nos municípios onde elas exerçam ou venham a exercer atividade, de acordo com os recursos de que disponha a prestadora do atendimento no local.

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 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.

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 também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor

3. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 São beneficiários titulares as 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, inscritos como tais para os fins deste contrato.

3.2 Para a contratação do referido instrumento, a CONTRATANTE enquadrada 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.

3.2.1 A CONTRATADA se reserva ao direito de exigir a comprovação das informações fornecidas pela CONTRATANTE, inclusive os comprovantes legais capazes de atestar, anualmente, no mês de aniversário do contrato, a condição de regularidade cadastral do empresário individual junto à Receita Federal e aos órgãos competentes, bem como a elegibilidade de beneficiários.

3.3 A CONTRATANTE é obrigada a fornecer à OPERADORA, por escrito ou através da ferramenta WEB empresa, até o dia 05 (cinco) de cada mês, a relação de inclusões e exclusões de beneficiários no plano, contendo os respectivos nomes e qualificação completa de cada um, principalmente a titularidade de sua vinculação com a empresa, responsabilizando-se, inclusive, pela indicação de dependência, acompanhada dos respectivos Pedidos de Inclusão ou Exclusão; também deverá informar se há previsão de os beneficiários contribuírem para o custeio das coberturas objetos deste instrumento.

3.4 As inclusões e exclusões serão consideradas após o recebimento da comunicação prevista no item anterior e o devido reconhecimento pela OPERADORA, passando a vigor no dia 1º do mês subsequente.

3.5 São beneficiários dependentes, em relação ao beneficiário titular:

a) o cônjuge;

- b) o(s) irmão(s);
- c) o(s) sobrinho(s);
- d) o(s) neto(s);
- e) o(s) filho(s);
- f) o(s) enteado(s), o(s) menor(es) sob guarda por força de decisão judicial e o(s) menor(es) tutelado(s), que fica(m) equiparado(s) a(o)s filho(s);
- g) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- h) o(a) companheiro(a) na união homoafetiva, obedecidos os mesmos critérios adotados para o reconhecimento da união estável.

3.6 É assegurada a inclusão:

- a) do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos por este, contanto que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento ou da adoção, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela OPERADORA, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- b) do recém-nascido sob guarda ou tutela do beneficiário titular, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular responsável legal, conforme o caso, contanto que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da guarda ou tutela, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;
- c) do menor de 12 (doze) anos adotado pelo beneficiário titular, ou sob guarda ou tutela deste, contanto que a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso;
- d) do filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente, desde que a inclusão seja efetivada em até 30 (trinta) dias do reconhecimento, aproveitando os períodos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, sendo vedada a alegação de DLP, bem como a imposição de CPT;
- e) das pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária recém-admitidas, conforme previsto neste instrumento, com isenção do cumprimento dos prazos de carência, aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo nos casos de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP), desde que formalizem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação com a pessoa jurídica contratante e concomitantemente, na época da inclusão, o número de participantes no respectivo plano coletivo empresarial seja igual ou superior a trinta beneficiários.
- f) do cônjuge ou companheiro, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário titular, desde que solicitado no prazo de 30 (trinta) dias do casamento ou união estável.

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

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

3.9 Não será permitida a inclusão de “dependentes de dependentes” no presente contrato.

3.10 O beneficiário que, por qualquer motivo, deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição será automaticamente excluído do contrato.

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

4. COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A OPERADORA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitos as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste título, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visando o tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e suas atualizações

vigentes à época do evento, de acordo com a segmentação assistencial do plano de saúde ora contratado (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia), garantindo o seguinte:

- a) As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656/1998 devem envolver as atividades educacionais, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- b) Os eventos e procedimentos relacionados na Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde;
- c) O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, 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 e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

A – COBERTURA AMBULATORIAL

A.1 A cobertura deste capítulo compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, credenciados e indicados no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, definidos e listados 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;

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;

III – Cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente;

IV – Cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 ou pela necessidade de internação;

IX - Cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal – 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 quimioterápicos citostáticos 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° 428, de 7 de novembro de 2017, 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 similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, conforme solicitação do médico assistente.

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, de acordo com a solicitação do médico assistente, conforme Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, sempre obedecendo ao disposto no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso IX deste item B.1, observadas as seguintes exigências:

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° 428, de 7 de novembro de 2017, 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.

**COLETIVO EMPRESARIAL
REGISTRO DA OPERADORA
NA ANS° 357511**

III - Cobertura de transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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 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;

III.1 - Os procedimentos de transplantes, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

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 encontra o receptor.

d) os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da Resolução Normativa - RN n° 259, de 17 de julho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, são considerados procedimentos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.

IV – 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 Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, respeitando-se a segmentação contratada;

V - Cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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; e

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.

V.1 – Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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 e/ou retirada.

VI - Cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação 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;

VII - Cobertura de procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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;

VIII - 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:

a) 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.1) 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

a.2) 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;

IX - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral e enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

g) embolizações listadas nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, exceto fornecimento de medicação e manutenção.

IX.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.

X - Cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem (exceto em caráter particular) e alimentação;

XI - 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;

XII – 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;

XIII – Cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica prevista no contrato, em território brasileiro;

XIV - Cobertura assistencial obrigatória dos insumos necessários para a realização de procedimentos cobertos na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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;

XV - 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;

XVI - 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 Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações.

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, conforme estabelecido no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, desde que cumpridas as carências previstas neste contrato, observadas as seguintes exigências:

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, ou de seu dependente, 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; e

III – Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente;

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; e

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.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURA

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

- 1) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: a) emprega medicamentos, produtos para saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
- 2) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 nº 8.077, de 14 de agosto de 2013;
- 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-maxilofacial 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, fraudas, 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 estéticas de qualquer natureza;
- 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 Utilização – PROUT, todos da Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, 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 que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio, para a segmentação ambulatorial;
- 33) Quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação, para a segmentação ambulatorial;
- 34) Embolizações, para a segmentação ambulatorial;
- 35) Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto;
- 36) 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 nº 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;
- 37) Atendimentos realizados através de profissionais e/ou estabelecimentos não credenciados à OPERADORA, ou seja, não indicados no Guia Médico do plano ora contratado;
- 38) 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 contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego e outros.

6. DA DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 Este contrato terá prazo de vigência mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com vigência inicial a contar da data da assinatura do instrumento jurídico, renovando-se automaticamente por prazo indeterminado, se nenhuma das partes se manifestarem por escrito, respeitando o período mínimo de 60 (sessenta) dias de aviso prévio, sem quaisquer ônus, ficando, todavia, nesse ínterim, vedada a inclusão ou exclusão de beneficiários (titulares ou dependentes).

- 6.1.1 É vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor em decorrência da referenciada renovação contratual.
- 6.2** A data de vigência dos contratos celebrados por meio eletrônico será o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária do plano de saúde.
- 6.2.1 Nos contratos coletivos empresariais, caso haja estipulação contratual entre as partes sobre o início da vigência contratual, não se aplica o disposto no item 6.2 desta cláusula.
- 6.3** A manutenção deste contrato dependerá da comprovação da regularidade cadastral da CONTRATANTE junto à Receita Federal e outros órgãos competentes, a qual será aferida a cada aniversário do contrato.

7. PERÍODOS DE CARÊNCIA

- 7.1 Os serviços contratados serão prestados aos beneficiários regularmente inscritos, após o cumprimento as carências a seguir especificadas.
- 7.2 As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir do ingresso de cada beneficiário, sendo assim especificadas:
- a) 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, observado o teor da cláusula “ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”, deste instrumento;
 - b) 30 (trinta) dias para consultas médicas eletivas e exames simples;
 - c) 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos não previstos nesta cláusula, desde que constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
 - d) 300 (trezentos) dias para partos a termo.
- 7.3 Os beneficiários inscritos neste instrumento, em consonância com os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estão sujeitos à Cobertura Parcial Temporária (CPT), ou seja, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, por um período de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da contratação ou adesão ao plano ora contratado, desde que relacionados exclusivamente às Doenças e Lesões Preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 7.4 DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS OU MAIS:** Não haverá carências nos planos de assistência à saúde coletivo empresarial com 30 (trinta) participantes ou mais, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo empresarial ou de sua vinculação com a pessoa jurídica contratante.
- 7.5 DOS PLANOS DE CONTRATAÇÃO COLETIVA EMPRESARIAL COM MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS:** Haverá carências nos planos de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes menor que 30 (trinta) beneficiários.
- 7.6 Ultrapassados todos os prazos e condições previstas neste instrumento não haverá isenção de carências, devendo estas serem cumpridas integralmente, nos moldes deste contrato.
- 7.7 Nos moldes da Súmula Normativa (ANS) n° 21, de 12 de agosto de 2011 e suas atualizações, na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência.
- 7.7.1 Na hipótese descrita no item imediatamente anterior, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do art. 12 da Lei n° 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas Resoluções Normativas n° 186, de 2009 e 254, de 2011, respectivamente e suas atualizações.
- 7.7.2 Se durante o cumprimento do período de carência, acima informado ocorrer à necessidade de atendimento ambulatorial, hospitalar ou obstétrico pelo beneficiário, fica assegurado que o referido atendimento será realizado através da rede assistencial prevista no plano anterior, ou seja, do produto ora contratado, nos moldes deste instrumento.

7.7.3 Na hipótese do beneficiário optar por adquirir novo produto com acomodação em apartamento deverá assinar novo contrato e cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilização da nova acomodação. Se no período de carência para a acomodação ocorrer necessidade de internação do beneficiário, estará assegurada a acomodação anteriormente contratada.

8. DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

8.1 Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, 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, 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, desde a data da efetiva comunicação da constatação da Doença ou Lesão Preexistente, pela OPERADORA, 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 nº 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 DOS 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 atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.

9.3 O atendimento da situação de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98, será de acordo com a segmentação contratada 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;
- 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 dos preços do produto, será efetuado de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-Hospitalares praticadas pela OPERADORA, vigente à data do evento, pagáveis 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 12 (doze) meses da data do evento.

10. MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**COLETIVO EMPRESARIAL
REGISTRO DA OPERADORA
NA ANS° 357511**

10.1 A OPERADORA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO referente ao plano de saúde ora contratado, com descrição de suas características, inclusive prazo de validade e indicação do prazo da CPT, quando houver, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido e a aposição de digital em local indicado, no momento do atendimento, assegurarão a fruição dos direitos e vantagens deste contrato, desde que o beneficiário esteja regularmente inscrito, e tenha efetuado o pagamento da franquia, se prevista neste instrumento, podendo a OPERADORA adotar, sempre que necessário novo sistema operacional para melhor atendimento aos seus beneficiários.

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

10.2.1 Considera-se uso indevido para obter atendimento, a utilização do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO ou de outro documento, pelos beneficiários (titular ou dependentes) que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, mesmo que na forma contratada, ou em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários.

10.3 Ocorrendo à perda, extravio, furto ou roubo de quaisquer desses CARTÕES INDIVIDUAIS DE IDENTIFICAÇÃO, a CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à OPERADORA, para cancelamento ou quando for o caso, emissão de segunda via. Para emissão de segunda via do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, a OPERADORA se reserva o direito de cobrar uma taxa equivalente a R\$ 5,00 (cinco reais) por unidade, reajustado anualmente pelo IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas.

10.3.1 A referida taxa não será cobrada quando o furto ou roubo for comprovado através de Boletim de Ocorrência.

10.4 A CONTRATANTE assume inteira responsabilidade pela veracidade das declarações lançadas na Proposta de Adesão.

10.5 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.

10.5.1 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.

10.6 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.

10.6.1 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.

10.7 Será disponibilizado virtualmente aos beneficiários o Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, informando a relação de seus prestadores de serviços próprios e credenciados, com os respectivos endereços, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico que gera constantes alterações no quadro de médicos contratados e credenciados e da rede contratada e/ou credenciada, bem como obedecer as regras que disciplinam o atendimento pelas entidades credenciadas.

10.7.1 A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da OPERADORA, disposta no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, será atualizada periodicamente e disponibilizada na internet, no site www.humanaude.com.br, podendo ainda o CONTRATANTE tirar dúvidas sobre informações dos prestadores cadastrados através dos canais de teleatendimento da OPERADORA.

10.8 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, informada na Proposta de Adesão, 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, desde que:

- a) A substituição da entidade hospitalar seja por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo, os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor;
- b) Nos casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, a OPERADORA arcará com a transferência do beneficiário para outro estabelecimento equivalente, sem ônus adicional, garantindo-lhe a continuação da assistência;
- c) Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da OPERADORA durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a OPERADORA a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico assistente, na forma do contrato;
- d) Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, a operadora deverá solicitar à ANS autorização expressa.

10.9 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 vigentes, através de médicos contratados e/ou credenciados e serviços credenciados e/ou próprios, de acordo com o Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão, conforme especificado a seguir:

- a) Consultas e sessões: serão atendidos nos consultórios de médicos ou por profissionais médicos contratados ou credenciados para os referidos serviços, escolhidos dentre a rede de prestadores;
- b) Atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais: serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios ou credenciados, mediante solicitação do médico assistente;
- c) Exames complementares e serviços auxiliares: serão prestados na rede própria ou credenciada, mediante solicitação do médico assistente.

10.9.1 Nos casos de urgência e emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98 os beneficiários poderão dirigir-se exclusivamente aos prontos-socorros credenciados para atendimento aos beneficiários inscritos no plano ora contratados.

10.10 Os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, devidamente registrados em seus conselhos profissionais, não havendo restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da OPERADORA.

10.11 As autorizações serão obtidas na sede da OPERADORA, ou por meio dos canais digitais da OPERADORA, com emissão da resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

10.12 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.

10.13 Nos casos de urgência ou emergência, assim definidos na forma da Lei 9656/98 o beneficiário, ou quem por ele responda, terá o prazo de 2 (dois) dias úteis contados da data da realização do atendimento para providenciar os documentos acima mencionados, sob pena da OPERADORA não se responsabilizar por quaisquer despesas utilizados de maneira diversa da pactuada.

10.14 A OPERADORA 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.

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

10.16 Todas as modalidades de internação hospitalar serão processadas mediante pedido firmado por médico assistente e a guia de internação expedida pela OPERADORA, devendo a internação ser feita no Hospital próprio ou credenciado, conforme descrito no Guia Médico da Rede Assistencial, informada na Proposta de Adesão.

10.17 O beneficiário obriga-se, ao se internar, a fornecer à administração do hospital, juntamente com a guia de internação, o documento de identificação e o cartão do plano emitido pela OPERADORA, em pleno vigor.

10.18 O prazo de internação será fixado pelo médico assistente e, em caso de omissão, a OPERADORA fixará o prazo que constará da guia expedida.

10.19 Em caso de necessidade de prorrogação do prazo de internação previamente autorizado, o beneficiário ou quem por ele responda deverá apresentar à OPERADORA a solicitação de prorrogação emitida pelo médico assistente com justificativa.

10.20 A OPERADORA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusivas do beneficiário. Da mesma forma, a OPERADORA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados que não estejam definidos neste instrumento e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento.

10.21 Na hipótese do 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.

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

10.23 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 do produto ser ou não coparticipativo.

10.24 A OPERADORA reserva-se no direito de exigir perícia médica para internações ou outros procedimentos em situações de divergência, sendo garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por médico contratado ou credenciado e por terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da OPERADORA, nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 424/2017, e suas atualizações.

10.25 COPARTICIPAÇÃO

10.25.1 Coparticipação é o mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo beneficiário à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente à utilização do procedimento.

10.25.2 Será da responsabilidade da CONTRATANTE o pagamento de coparticipação sobre todas as coberturas da segmentação ambulatorial abaixo elencadas, quando haja efetiva utilização pelos beneficiários dos serviços a seguir descritos, cobrando-se por cada beneficiário (titular e dependente) inscrito o valor máximo mensal de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais):

- a) 30% (trinta por cento) sobre cada uma das consultas médicas eletivas;
- b) 30% (trinta por cento) sobre cada uma das consultas médicas de urgência;
- c) 30% (trinta por cento) sobre cada um dos exames simples;
- d) 30% (trinta por cento) sobre cada um dos exames especiais;
- e) 30% (trinta por cento) sobre cada um dos procedimentos especiais;
- f) R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) para internações eletivas ou urgências.

10.25.2.1 O valor máximo mensal de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) acima especificado diz respeito tão somente à cobrança de coparticipação sobre as consultas médicas (eletivas e urgência), exames simples, exames especiais, terapias simples e demais procedimentos ambulatoriais utilizados, estando excluída deste valor a coparticipação por cada período de internação de todas as modalidades de internação hospitalar, que será cobrada à parte e sobre a qual não haverá limitação de valor para cobrança mensal.

10.25.3 Será da responsabilidade da CONTRATANTE, a título de coparticipação sobre todas as modalidades de internação hospitalar (eletiva ou urgência), o pagamento de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por cada período de internação.

10.25.3.1 A coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas será no percentual de 50% (cinquenta por cento), sobre as despesas hospitalares e honorários médicos de internação, sendo, contudo, exigida, somente quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínua ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato.

10.25.4 Não haverá cobrança de coparticipação sobre as terapias especiais.

10.25.5 A responsabilidade pelo pagamento da coparticipação perdurará ainda que a conta seja apresentada após a saída do beneficiário do plano, desde que relacionadas a eventos realizados na vigência do contrato.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

11.1 FORMAÇÃO DO PREÇO

11.1.1 A forma de estabelecimento dos valores a serem pagos pela cobertura contratada é o preço pré-estabelecido.

11.2 MENSALIDADE

11.2.1 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à OPERADORA, por cada beneficiário (titulares e dependentes), os valores relacionados na Proposta de Adesão vinculada a este instrumento, para efeito de mensalidade, de acordo com seu número de beneficiários.

11.2.2 As mensalidades são estabelecidas individualmente de acordo com a faixa etária de cada beneficiário inscrito, obedecido ao disposto na Proposta de Adesão.

11.2.3 Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados na Proposta de Adesão, incidindo sobre o preço da faixa etária anterior e não se confundem com o reajuste anual disciplinado neste instrumento.

11.2.4 As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, considerando o início da vigência contratual e vencimento da fatura estabelecido na Proposta de Adesão, podendo a OPERADORA adotar a forma e a modalidade de cobrança que melhor lhe aprouver.

11.2.5 As faturas emitidas pela OPERADORA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de beneficiários, a fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

11.2.6 O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à OPERADORA será de exclusiva responsabilidade da pessoa jurídica CONTRATANTE.

11.2.6.1 Caberá à CONTRATANTE efetuar o pagamento das mensalidades dos seus beneficiários inadimplentes nos moldes deste instrumento.

11.2.7 Caberá a CONTRATANTE pagar à OPERADORA multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término deste instrumento, caso solicite ou dê causa a rescisão contratual antes dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato.

11.2.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (0,033 ao dia), além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

11.2.8.1 A CONTRATANTE tem conhecimento de que, na hipótese de atraso ou inadimplemento de quaisquer das parcelas da contraprestação pecuniária, 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.

11.2.9 Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.

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

12. REAJUSTE

REAJUSTE FINANCEIRO

12.1. A contratada 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 ou não, conforme a seguir:

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

Onde,

IR= Índice de Reajuste (em %)

RF= Reajuste Financeiro

RT= Reajuste Técnico (sinistralidade)

12.2. 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.

16.2.1. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários agregados ao agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 29 vidas, o período apurado será entre Março e Fevereiro do ano corrente da apuração.

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

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

Onde,

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

SD = 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.

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

IE = Índice de Equilíbrio de 65% para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários; 65% para os contratos que possuam entre 30 (trinta) a 99 (noventa e nove) beneficiários; 70% para os contratos com 100 (cem) ou mais beneficiários.

12.3.1 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 assinatura do Contrato.

12.3.2. 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.

12.4. No mês de aplicação do reajuste a operadora encaminhará ao contratante a memória de cálculo do percentual de reajuste a que se refere os itens 12.2 ou 12.3 supra, conforme o caso, demonstrando os critérios para sua apuração.

12.5. Independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

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 contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

12.8. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

12.9. Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, apurados na data do último aniversário do contrato, o reajuste aplicado será o percentual apurado com base no agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários.

16.9.1. Caso o contrato se enquadre nos critérios de agrupamento para reajuste e o contratante não concordar, o reajuste será conforme previsto no item 12.3.

12.10. Nos casos de não concordância do contratante, citado no item 12.9.1., os contratos não poderão receber novos beneficiários de acordo com a RN nº 309/12, Art.12, § 5º, ressalvam-se os casos de ingressos de novo cônjuge e filhos do titular dentro dos prazos previstos neste contrato.

12.11. Para o cálculo e aplicação de reajuste anual observa-se o que dispõe na Resolução Normativa nº 309/2012 sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

12.11.1. 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.

12.11.2. O contrato será considerado integrante do agrupamento para fins de apuração de reajuste se no período entre março e fevereiro do ano corrente da apuração, na data de seu aniversário ou na data de sua assinatura, caso seja o primeiro ano de vigência, possuir quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários.

12.11.3. Para fins do disposto no item anterior, serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

12.11.4. Se este contrato for agrupado na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no item 12.9.

12.11.5. Se este contrato não for agregado na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos no item 12.3.

12.12. Ficarão disponíveis, no sítio eletrônico dessa operadora (www.humana.saude.com.br) o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

13. FAIXAS ETÁRIAS

13.1 A variação do preço das mensalidades será estabelecida de acordo com a faixa etária do beneficiário. Ocorrendo alteração na idade do beneficiário que importe em deslocamento para a faixa etária subsequente, o valor da contraprestação pecuniária será alterado automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário, pelo percentual de reajuste estabelecido para faixa etária subsequente, conforme abaixo:

Faixas Etárias Percentuais

1ª - de 0 até 18 (dezoito) anos de idade; 0,00 %

2ª - de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos de idade; 14,14 %

3ª - de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos de idade; 12,90 %

4ª - de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos de idade; 12,95 %

5ª - de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos de idade; 16,35 %

6ª - de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos de idade; 19,04 %

7ª - de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos de idade; 24,70 %

8ª - de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos de idade; 25,91 %

9ª - de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos de idade; 31,43 %

10ª - de 59 (cinquenta e nove) anos de idade ou mais. 41,45 %

13.2 O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

13.3 A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

13.4 A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

13.5 A legislação não veda a aplicação concomitante de reajuste anual e por mudança de faixa etária, quando observados os requisitos legais e contratuais para a sua aplicação.

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 A OPERADORA assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano de saúde em razão de seu vínculo empregatício com a CONTRATANTE, no caso de demissão ou exoneração sem justa causa, 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.

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 contraprestação pecuniária 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 n° 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5° da RN 279, de 2011, 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.

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 nº 9.656/98 se extingue na ocorrência de quaisquer das hipóteses abaixo:

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

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

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

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

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 especial 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 contraprestação pecuniária 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.

14.2.4 Os direitos previstos no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento da coparticipação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, 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 n° 9.656, de 1998 cumulado com o artigo 5° da RN 279, de 2011, 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;
- 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 n° 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial 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.

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.

15.1.1 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 30 (trinta) dias, caberá a esta última requerer a suspensão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à OPERADORA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

15.1.2 Na ocorrência de inadimplemento por parte do(s) beneficiário(s) com a pessoa jurídica CONTRATANTE, num período superior a 60 (sessenta) dias, caberá a esta última requerer a exclusão da assistência à saúde do(s) respectivo(s) beneficiário(s), nos moldes deste instrumento, sem prejuízo da pessoa jurídica CONTRATANTE pagar à OPERADORA o(s) valor(es) que porventura estiver(em) em atraso.

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; ou

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

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

15.4 Também será excluído o beneficiário que vier a falecer.

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 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 admitido inclusão ou exclusão de beneficiários.

16.2 O atraso no pagamento das mensalidades pela CONTRATANTE por período superior a 10 (dez) dias consecutivos ou 30 (trinta) intercalados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, implicará, sempre, na suspensão total dos atendimentos até a efetiva liquidação do débito, e sem prejuízo do direito da OPERADORA denunciar o contrato caso a inadimplência persista nos termos do item 16.3.

16.3 A OPERADORA poderá requerer a rescisão motivada deste instrumento a qualquer momento, inclusive antes de completar o período de 12 (doze) meses, com efeito IMEDIATO a partir da ciência da CONTRATANTE, na hipótese de atraso de pagamento da(s) mensalidade(s) por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito de requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

16.4 O presente contrato também poderá ser rescindido motivadamente a qualquer momento, inclusive antes de completar o período de 12 (doze) meses, mediante prévia comunicação de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos casos de fraude, inadimplemento contratual e quando seja verificada a ausência de beneficiários inscritos neste instrumento.

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

16.6 Na ocorrência de rescisão contratual motivada ou imotivada antes do período de 12 (doze) meses caberá à CONTRATANTE pagar à OPERADORA multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) sobre a totalidade das mensalidades dos beneficiários (titulares e dependentes) inscritos durante o contrato.

16.7 Por motivo de força maior, caso fortuito ou acordo mútuo, as partes poderão a qualquer época propor a rescisão deste contrato.

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

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 identificada direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrônica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, econômica, cultural ou social dessa pessoa singular;

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

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

d) “Tratamento”: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre Dados Pessoais ou sobre conjuntos de Dados Pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição.

e) “Controlador”: Parte que determina as finalidades e os meios de Tratamento de Dados Pessoais. No presente Contrato CONTRATANTE e CONTRATADA (“Partes”) são Controladores.

f) “Operador”: Parte que trata Dados Pessoais de acordo com as instruções do Controlador. No presente Contrato, Operador será o terceiro que poderá ser contratado por qualquer das Partes.

g) “Incidente de Segurança”: Acessos não autorizados, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de Tratamento inadequado ou ilícito dos Dados Pessoais.

h) “LGPD” significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018);

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.

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 tratar tais dados estejam comprometidas, de forma expressa e por escrito, estejam sujeitas ao dever de confidencialidade, bem como devidamente instruídas e capacitadas para o Tratamento de Dados Pessoais.

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

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.

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 denúncia 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 consequências 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 18.14.2 no momento do envio da notificação, deverá encaminhá-las gradualmente, desde que o envio de todas as informações não exceda o prazo de 24 (vinte e quatro) horas a partir da ciência do incidente.

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 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

19.1 Para os efeitos deste contrato são adotadas as seguintes definições:

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

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

ADJUVANTES: São os medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos 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 contraprestação pecuniária (mensalidade) paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a OPERADORA e o beneficiário.

AMBULATÓRIO: Estrutura arquitetada, onde se realizam atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura mais complexa para o atendimento dos beneficiários.

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

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

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

ATENDIMENTO AMBULATORIAL: É aquele executado no âmbito do ambulatório, incluindo a realização de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros e outros procedimentos que não exijam uma estrutura mais complexa para o

atendimento, conforme especificado na Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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 23/30 de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo.

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

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

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

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

BENEFÍCIO: É uma cobertura não obrigatória pela regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, oferecida aos beneficiários, nas condições expressas no contrato.

CÁLCULO ATUARIAL: É o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do consumidor beneficiário e tipo de procedimento, efetuado com vistas à manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o CONTRATANTE paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: Cédula onde se determina a identidade do beneficiário, validade, código de inscrição na OPERADORA, e, também, o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

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

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

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

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

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

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos tanto da OPERADORA quanto do CONTRATANTE e dos beneficiários inscritos em um mesmo plano privado de assistência à saúde.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU): É o órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar, supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, fixar diretrizes gerais para implementação do setor de saúde suplementar, deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões, nos moldes do art. 35-A da Lei n° 9.656/98.

CONSULTA: É o ato realizado pelo médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA: Pagamento de uma importância pelo CONTRATANTE de plano de saúde a uma OPERADORA para garantir a prestação continuada dos serviços contratados.

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

COPARTICIPAÇÃO: Mecanismo de regulação financeira que consiste na parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano privado de assistência à saúde, referente a realização do procedimento.

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

DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“Titular” ou “Titular dos Dados”) referente a origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou organização de caráter religioso, filosófico ou político, referente à saúde ou vida sexual, dados genéticos ou biométricos.

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

DIRETRIZES CLÍNICAS: Aquelas que visam à melhor prática clínica, abordando manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO (DUT): Aquelas que estabelecem critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I da Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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.

EXAMES ESPECIAIS: São todos os exames de diagnóstico constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aqueles definidos como exames simples.

EXAMES SIMPLES: São os exames de diagnóstico simples constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, conforme a seguir:

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

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 PLUS: 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, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

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

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

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

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

MENSALIDADE: Contraprestação pecuniária paga pelo CONTRATANTE à OPERADORA.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opere produto, serviço ou contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde.

ÓRTESE: Entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

PARTO A TERMO: aquele que ocorre entre a 37 e 42 semanas (258 a 293 dias) 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 VARIAÇÃO DE CUSTO: Aumento da contraprestação pecuniária 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.

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

REDE ASSISTENCIAL OU REDE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

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

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

ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE: É a lista editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através de anexo à Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, 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 da REDE PLUS, para atendimento apenas nas situações expressamente previstas neste instrumento contratual.

SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS: Serviços ou coberturas adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, no caso deste instrumento, apenas o serviço de Emergência fora da Abrangência Geográfica Contratada.

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.

TERAPIAS ESPECIAIS: São as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, conforme a seguir:

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

TERAPIAS SIMPLES: São todas as terapias constantes do Rol de Procedimentos Médicos, instituído pela Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus anexos e suas atualizações, exceto aquelas definidas como terapias especiais.

TRATAMENTO: Qualquer operação ou conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não, tais como a coleta, o registro, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, a eliminação ou a destruição;

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

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 Por convenção adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) filhos(as), aos(às) beneficiários(as), aos(às) menores, etc.

20.2 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a OPERADORA, mesmo em caso de atendimentos por outras operadoras, por meio do compartilhamento de rede (os quais se darão exclusivamente nos casos previstos neste instrumento), com o que a OPERADORA manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

20.3 A CONTRATANTE autoriza a OPERADORA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

20.4 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.

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

20.5 Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente até a sua data de sua assinatura, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação, de acordo com os normativos vigentes.

20.5.1 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.

20.6 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS está à disposição do beneficiário na sede da OPERADORA, para consulta e cópia.

20.6.1 Caso os beneficiários prefiram, também poderão consultar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS por meio do site www.ans.gov.br, no link legislação.

**COLETIVO EMPRESARIAL
REGISTRO DA OPERADORA
NA ANS° 357511**

20.6.2 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 Agência Nacional de Saúde Suplementar, a OPERADORA reserva-se no direito de cobrar coparticipação também sobre o novo procedimento, se o produto for coparticipativo.

20.7 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.

20.8 A OPERADORA não autorizará procedimentos em qualquer 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.

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

20.10 Na eventualidade de insatisfação em relação ao plano ou ao atendimento prestado por força deste contrato, a CONTRATANTE deverá encaminhar reclamação escrita para a sede da OPERADORA, para a devida apuração.

20.11 Os procedimentos listados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de dezembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, poderão ser executados por qualquer 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.

20.11.1 Os procedimentos e eventos listados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de dezembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei n° 9.656/98, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos – que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

20.11.2 Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia n° 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina n° 1.950, de 10 de junho de 2010.

20.12 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

20.12.1 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 obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

20.13 Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificadas no Anexo I da Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de dezembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada.

20.14 Nos contratos coletivos por adesão é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

20.14.1 Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo do trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 2009 e suas atualizações, sem prejuízo de outro normativo que venha a substituí-la.

20.15 Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados na Resolução Normativa – RN n° 428, de 7 de dezembro de 2017, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), seus Anexos e suas atualizações, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem na bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a OPERADORA de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

20.16 As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão garantir a 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, desde que:

I – a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC 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

II – a ANVISA 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.

20.17 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 sítio virtual www.humanaude.com.br, na Central de Atendimento e no TELEATENDIMENTO.

20.17.1. A comunicação do endereço eletrônico e telefônico da OPERADORA, onde o beneficiário tem acesso às substituições, já mencionada no item 16.18 anterior, também deverá ser informada no mínimo a cada ano, ou sempre que houver alteração dos respectivos endereços eletrônico e telefônico.

20.18 A OPERADORA fica obrigada 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.

20.19 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.

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

- a) Proposta de Adesão;
- b) 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).

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

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

20.24 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.



**COLETIVO EMPRESARIAL
REGISTRO DA OPERADORA
NA ANS° 357511**

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.

_____/____, _____ de _____ de 202____, .

<hr/> HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. [Nome completo de quem vai assinar] [CPF] [Cargo]	<hr/> HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. [Nome completo de quem vai assinar] [CPF] [Cargo]
---	---