



Humana

CONTRATO HUMANA PRIMUS COLETIVO POR ADESÃO REGISTRO ANS Nº 469.504/13-6

Contrato de Prestação de Serviços de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar, em regime de contratação coletivo por adesão, estabelecido entre as partes abaixo qualificadas:

QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA:

Razão Social: **HUMANA ASSISTENCIA MEDICA LTDA**

Nome Fantasia: **HUMANA SAUDE**

CNPJ: **00.361.325/0001-08**

Registro da Operadora Na ANS: **357511**

Classificação da Operadora na ANS: **Medicina de Grupo**

Endereço: **Av. Frei Serafim, 2155 – Centro – Teresina/PI**

CEP: **64000-020**

QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE:

Razão Social: **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

Nome de Fantasia: **ADUFPI**

CNPJ: **06.710.842/0001-13**

Natureza Jurídica: **399-9 - Associação Privada**

Endereço/Bairro: **Av. Petronio Portela 391 - Ininga**

CEP: **64.003-600**

Cidade/UF: **Teresina - PI**

Telefone: **86 3233-1110**

Email: **presidencia@adufpi.org.br**

DADOS DO PLANO DE SAÚDE CONTRATADO:

Nome comercial: **HUMANA PRIMUS COLETIVO POR ADESÃO**

Nº. de registro do plano na ANS: **469.504/13-6**

Tipo de contratação: **Coletivo por adesão**

Segmentação assistencial do plano de saúde: **Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**

Área geográfica de abrangência do plano de saúde: **Grupo de municípios**

Área de atuação do plano de saúde: **Barras, Batalha, Bom Jesus, Campo Maior, Corrente, Floriano, Fronteiras, Guadalupe, Jaicós, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piripiri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, Simplício Mendes, Teresina, União, Uruçuí, Valença**

Padrão de acomodação em internação: **Quarto Privativo**

Formação do preço: **Pré-estabelecido**

Serviços e Coberturas Adicionais: **Não se aplica**

CLÁUSULA 1ª – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços e cobertura de custos assistenciais, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde médico-hospitalar, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, nas especialidades definidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS, vigente à época do evento, prestados nos consultórios, hospitais e ambulatórios, dentro da rede própria ou credenciada pela **HUMANA SAÚDE**, aos beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento;

1.2 – O presente contrato é de adesão, revestido de característica bilateral, gerando direitos e obrigações individuais às partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA 2ª – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

O presente contrato destina-se à contratação do tipo coletivo por adesão, na modalidade de pré-pagamento, oferecidos para a população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial;

2.1 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE:

a) os associados, cooperados ou sindicalizados da CONTRATANTE, observando ao que dispõe o artigo 9º e o artigo 10 da Resolução Normativa nº. 195/2009 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar;

2.2 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;

c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

2.3 - A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde;

2.4 - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

2.5 - As inclusões de beneficiários ocorrerão:

- a) No período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias: serão incluídos os indivíduos do grupo populacional que mantém vínculo com as pessoas jurídicas delimitadas no artigo 9º da Resolução Normativa nº. 195/2009 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; e
- b) No período compreendido entre a data do aniversário do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias: serão incluídos os indivíduos que se vincularam à **CONTRATANTE** posteriormente à celebração do contrato.

2.5.1 - Os indivíduos pertencentes ao grupo populacional vinculado à **CONTRATANTE** na data da celebração do contrato que não aderirem ao plano no período compreendido entre a data da celebração do contrato até o prazo máximo de 30 (trinta) dias poderão solicitar a sua inclusão em data posterior, ficando submetidos ao cumprimento de carências, inclusive CPT – Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes.

2.5.2 - Os indivíduos que se vincularam à **CONTRATANTE** posteriormente à celebração do contrato e que não cumprirem o prazo previsto na letra “b)” para providenciarem a sua inclusão no contrato ainda terão direito a aderir ao plano, mas serão submetidos ao cumprimento de prazos de carência, nos termos e limites da lei.

2.6 - Todos os **BENEFICIÁRIOS**, titulares ou dependentes preencherão a Solicitação de Adesão, que inclui informações pessoais e administrativas.

2.6.1 - O ato de omitir ou prestar informações, ou tentar, por qualquer meio fraudulento, obter vantagem própria ou para seus dependentes neste contrato acarretará o surgimento da penalidade prevista no art. 13, § único, II, da Lei nº. 9.656/98.

2.7 - A **CONTRATADA** solicitará à **CONTRATANTE**, os documentos comprobatórios de vínculo: cópia da carteira de associado atualizada, cópia de sua adesão à entidade (sindicato, associação, etc), cópia do comprovante de contribuição associativa atualizada, como também os relacionados à comprovação do grau de parentesco dos dependentes diretos.

2.8 - A **CONTRATANTE**, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e classificação dos **BENEFICIÁRIOS**, sejam titulares, dependentes diretos, bem como data de nascimento e o grau de parentesco destes últimos, com relação ao titular ou outro vínculo existente; endereço do titular, CPF e nome da mãe dos titulares e dependentes.

2.8.1 - Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** terá valor se não constar da Proposta de Adesão da **CONTRATANTE**, aprovada pela **CONTRATADA**.

2.9 - A **CONTRATANTE** obriga-se a informar à **CONTRATADA** qualquer mudança de estado civil dos titulares e dependentes, nascimento de filho do titular ou adoção, pelo mesmo, de menor de



3

até 12 anos de idade, inclusão ou exclusão de associado, cooperado ou sindicalizado, promovendo as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da data da respectiva ocorrência.

2.9.1 - O **BENEFICIÁRIO** incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites deste contrato, a partir da data de sua inclusão no plano;

2.9.2 - A inclusão de dependente somente será autorizada pela **CONTRATADA** por ocasião da inclusão do titular, ou em casos de nascimento, adoção de menores até 12 anos de idade ou casamento, e desde que no prazo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência.

2.9.2.1 - Está assegurada a inscrição de filho adotivo, menor de 12 anos de idade, aproveitando os períodos de carências já cumpridos pelo beneficiário titular adotante.

2.10 - As inclusões ou exclusões cadastrais obedecerão, além do previsto neste contrato e seus termos aditivos, as normas administrativas da **CONTRATADA**.

2.11 - A **CONTRATADA** fornecerá identificação específica aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano.

2.12 - As exclusões cadastrais implicarão na perda do direito da cobertura do atendimento sendo obrigação da **CONTRATANTE** recolher e devolver à **CONTRATADA** toda a documentação que possibilite a utilização do sistema.

2.13 - Se, por hipótese, o usuário, após sua exclusão do sistema, continuar a utilizar o sistema através de documentos não devolvidos (por exemplo, a “carteira do plano”) ficará a **CONTRATANTE** responsável por tais atos podendo, inclusive, a **CONTRATADA**, se assim lhe aprouver, efetuar a cobrança devida diretamente à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA 3ª – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nas cláusulas deste contrato, o **BENEFICIÁRIO** terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10);

& 1º O Atendimento deve ser assegurado independente das circunstâncias e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores contratada, credenciada ou referenciada da operadora do plano de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos neste contrato;



- 3.1 - Cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina-CFM;
- 3.2 - Cobertura de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, caso haja indicação clínica;
- 3.3 - Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar;
- 3.4 - Cobertura de consultas e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente;
- 3.5 - Cobertura de Psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, conforme Diretrizes de Utilização, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
- 3.6 - Cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;
- 3.7 - Cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- 3.8 - Cobertura dos atendimentos às Emergências Psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para si próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- 3.9 - Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e em Centro de Terapia Intensiva ou similar, a critério do médico assistente;
- 3.10 - Cobertura de despesas referentes a Honorários Médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação do paciente, durante o período de internação hospitalar;
- 3.11 - Cobertura de remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites observados de abrangência geográfica da sua rede de atendimento, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- 3.12 - Cobertura de exames complementares indispensáveis ao controle e 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; cobertura de taxas e materiais utilizados durante o período de internação hospitalar;
- 3.13 - Cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 (dezoito) anos;

3.14 - Cobertura de um acompanhante no caso de pacientes a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

3.15 - Cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial (CAPD);
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia, incluindo todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- d) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- e) hemoterapia ambulatorial e durante o período de internação hospitalar;
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
- g) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- h) embolizações, aquelas listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- i) radiologia intervencionista;
- j) nutrição parenteral ou enteral durante o período de internação hospitalar;
- k) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- l) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- m) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente, exceto fornecimento de medicação de manutenção;

3.16 – Cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente 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;

3.17 - Cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar;



§ 1º O imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente;

§ 2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados;

§ 3º Os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;

3.18 - A cobertura obstétrica inclui o atendimento pré-natal, correspondendo às consultas obstétricas e exames relacionados à gestação, a cobertura de urgência e emergência obstétrica, cobertura de parto (normal ou cesárea) e puerpério, e a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo;

§ 1º A continuidade da cobertura de atendimento após o trigésimo dia do nascimento somente será devida quando o recém-nascido tiver sido incluído no contrato do titular, dentro do referido prazo de 30 (trinta) dias após o parto;

§ 2º Cobertura de um acompanhante indicado pela mulher (parturiente) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme indicação do médico assistente;

3.19 - Cobertura dos transplantes listados no Rol de Procedimentos da ANS vigente à época do evento, bem como as despesas com os procedimentos a eles vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos;

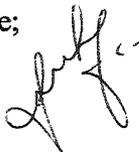
§ 1º - Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

1. as despesas assistenciais com doadores vivos;
2. os medicamentos utilizados durante a internação;
3. o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, excluídos os medicamentos de manutenção;
4. as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

§ 2º Os BENEFICIÁRIOS deste plano, candidatos a transplantes, deverão estar obrigatoriamente inscritos em uma CNCDO (Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos) e sujeitarem-se aos critérios da fila de espera e de seleção para recepção de órgão(s) das mesmas;

3.20 - Cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama (prevista na Lei 10.223/2001), utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer;

3.21 - Cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;



3.22 - Cobertura para o tratamento das lesões relacionadas a acidentes de trabalho e doenças profissionais como lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

3.23 - Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

3.24 - O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento;

3.25 - Cobertura de internações hospitalares em centros de terapia intensiva, ou similar, sendo vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;

3.26 - Toda e qualquer taxas, incluindo materiais utilizados, assim como a remoção do paciente, quando comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites da abrangência geográfica prevista no contrato;

DAS COBERTURAS PARA SAÚDE MENTAL

3.27 - A cobertura de custos relativos à saúde mental corresponde ao estabelecido como obrigatório pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento (disponível nas agências da **CONTRATADA** e no site da ANS, www.ans.gov.br). São as seguintes as hipóteses de cobertura na saúde mental:

a) **Atendimento às emergências** – assim consideradas as situações em que impliquem risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros, incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) **Psicoterapia de crise** – entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental, com cobertura de até 12 sessões por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos critérios estabelecidos no Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

c) **Tratamento básico com consultas médicas psiquiátricas** para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V;

d) **Internação hospitalar psiquiátrica** em hospital especializado ou unidade psiquiátrica em hospital geral, para todos os transtornos psiquiátricos incluídos no CID – Código Internacional de Doenças/Capítulo V, em situação de crise, com a exceção dos quadros de dependência química, incluindo o alcoolismo. Haverá cobertura integral por 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

e) **Internação hospitalar em unidade clínica** para os quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outra forma de dependência química que necessite de hospitalização, com custeio integral de 30 (trinta) dias de internação por ano de contrato;

§ 1º 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;



§ 2º Nos casos em que o beneficiário necessite permanecer internado, haverá co-participação do beneficiário no custeio dos dias que excederem os prazos acima, no montante de 30%, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

3.28 - Considera-se que uma pessoa está em crise sempre que estiver em situação de dano pessoal imediato provocado por transtorno mental concomitante;

3.29 - Nas situações de transtorno psiquiátrico quando em crise, a cobertura do tratamento em regime de hospital-dia deverá ocorrer de acordo com as diretrizes estabelecidas nos normativos vigentes, a critério do médico assistente.

CLÁUSULA 4ª – DAS EXCLUSÕES

4.1 - Este contrato não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

I. Abortamentos, exceto os espontâneos ou nas hipóteses previstas no Art. 128 do Código Penal, devidamente justificados pelo médico assistente;

II. Aluguel de equipamentos e aparelhos, a não ser aqueles que sejam necessários durante a internação hospitalar;

III. Assistência médica domiciliar ou remoção domiciliar;

IV. Cirurgia de refração com grau bilateral inferior ao definido pelo Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento;

V. Cirurgia para mudança de sexo;

VI. Cirurgia plástica, além de tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social;

VII. Consultas, atendimentos domiciliares e enfermagem em caráter particular, seja em domicílio ou em hospital;

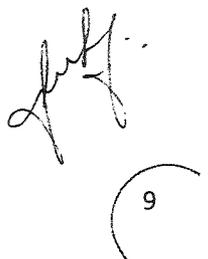
VIII. Eventos médicos decorrentes de cataclismos, dentre estes, acidentes com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

IX. Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, que são de responsabilidade do empregador e devem ser estabelecidos de maneira independente dos planos de saúde, conforme NR nº 7, do Ministério do Trabalho;

X. Ficam excluídos de cobertura pelo prazo de 24 (vinte e quatro) meses, os eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes;

XI. Fornecimento de materiais e medicamentos anestésicos (importados ou não) e gases medicinais (importados ou não) que não tenham autorização para sua comercialização pelos órgãos governamentais competentes;

XII. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;



- XIII. Fornecimento de medicamentos para o tratamento domiciliar que não estejam listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- XIV. Fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;
- XV. Fornecimento de óculos, lentes oculares e aparelhos ortopédicos;
- XVI. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, bem como com finalidade exclusivamente estética;
- XVII. Fornecimento de medicamentos e vacinas (exceto para dessensibilização) em regime ambulatorial;
- XVIII. Internação de caráter social, ou seja, aquela solicitada, ainda que por médico credenciado, para complementação do tratamento em razão de carências de apoio social, econômico ou familiar (entre outros exemplos, internação de paciente – idoso ou não – em razão de os filhos não desejarem cuidar do beneficiário em casa; internação em razão da falta de condições na residência do beneficiário);
- XIX. 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;
- XX. Medicamentos de manutenção no pós-operatório dos transplantes;
- XXI. 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;
- XXII. Procedimentos não relacionados no Rol de Procedimentos elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e suas atualizações;
- XXIII. Procedimentos odontológicos, exceto os procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial;
- XXIV. Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- XXV. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;
- XXVI. Quaisquer procedimentos referentes a tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- XXVII. Qualquer outro tipo de transplante, que não os listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;
- XXVIII. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
- a) emprega medicamentos produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
- b) é considerado experimental pelo CFM ou CFO;



c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

XXIX. Tratamento em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e climáticas, SPA;

XXX. Tratamento em clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

XXXI. Tratamentos ilícitos ou antiéticos (assim definidos sob o aspecto médico), ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

CLÁUSULA 5ª – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 - O período de vigência do contrato será de 12 (doze) meses, contados da data da sua assinatura. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30(trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

§ 1º O início da vigência contratual se dará na data da assinatura do contrato.

CLÁUSULA 6ª – DAS CARÊNCIAS

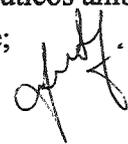
Carência: É o período de tempo, contado a partir da data de vigência do presente contrato, durante o qual o beneficiário deverá permanecer ininterruptamente no plano, sem direito à(s) garantia(s) coberta(s) por este. A carência poderá ser total, parcial ou nula, abrangendo todas as garantias ou parte delas, respeitando o(s) limite(s) estabelecido(s). Os prazos de carência definidos para os benefícios no plano contratado são os seguintes:

6.1 - **24 (vinte e quatro) horas:** Atendimento de urgência/emergência em prontos-socorros, incluindo os decorrentes de complicações gestacionais;

6.2 - **30 (trinta) dias:** Consulta eletiva em consultório, clínica ou centro médico;

6.3 - **30 (trinta) dias:** Para os seguintes Exames ou procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos: Ácido Úrico, Antibiograma, Bacterioscopia, Beta-HCG, Cálcio, Citologia Cérvico-Vaginal, Clearance de Creatinina, Colesterol, Creatinina, Culturas em Geral, Estradiol, Fator RH, Fosfatase Alcalina, Glicose, Grupo Sangíneo ABO e RH, Hemoglobina Glicolisada, Hemograma, Lipidograma, Mantoux, Parasitológico, Potássio, PPD, Rotina de Urina, Sódio, T4 Tiroxina, Tempo de Coagulação, Tempo de Protrombina, Tempo de Sangramento, TGO, TGP, TSH, Triglicerídios, VDRL - Sífilis, VHS, Eletrocardiograma, Colposcopia e Colpocitologia;

6.4 - **180 (cento e oitenta) dias:** Demais Exames ou procedimentos terapêuticos ambulatoriais básicos e especiais, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente;



6.5 - **180 (cento e oitenta) dias:** Internações em geral - Honorários médicos e custos hospitalares não relacionados a doenças e lesões preexistentes;

6.6 - **300 (trezentos) dias:** Internações para partos a termo (aqueles ocorridos no período de 37 a 41 semanas de gestação) e honorários médicos e custos hospitalares;

7.7 - Não será exigido o cumprimento de carências se:

- a) a inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato;
- b) o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do contrato coletivo;

7.8 - A contagem do prazo para cumprimento de carência se dará a partir do ingresso do beneficiário.

CLÁUSULA 7ª – DAS DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

7.1 - São consideradas **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES – DLP**, aquelas cujo beneficiário (por si ou por seu responsável) saiba ser portador ou sofredor à data do preenchimento da Declaração de Saúde;

§ 1º O beneficiário deverá informar por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de qualquer doença e lesão preexistente - 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;

§ 2º O **CONTRATANTE** poderá escolher um médico para proceder a uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus;

§ 3º É vedada a alegação de omissão de informação de DLP 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;

7.2 - A omissão de informações, ou a informação inverídica sobre doenças e lesões preexistentes, quando comprovada durante o período de 24 (vinte e quatro) meses, poderá ser caracterizada como comportamento fraudulento e, por conseguinte, ensejar a abertura de Processo Administrativo junto à ANS, que caso procedente, além de constituir causa para a rescisão do contrato, fará com que o beneficiário passe a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada, nos termos da legislação em vigor;

§ 1º Alegada a existência de doença e lesão preexistente não declarada por ocasião da contratação do plano, o **CONTRATANTE** será comunicado imediatamente pela **CONTRATADA**;

§ 2º Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato nos casos de doença e lesão preexistente, até o resultado do julgamento pela ANS;



7.3 - Quando da presença de doença e lesão preexistente e suas consequências, declaradas no momento da Solicitação de Adesão, o beneficiário estará sujeito à **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT**: que consiste na suspensão da cobertura, pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, dos eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às **DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**. Os procedimentos de alta complexidade são definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS através das Resoluções Complementares à Lei 9.656/98. Essas Resoluções podem ser encontradas nas agências da **CONTRATADA**, ou no site da ANS, www.ans.gov.br. Os leitos de alta tecnologia são aqueles considerados de internação em unidade de tratamento intensivo, assim considerados aqueles que apresentem as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (UTI, Unidades Coronarianas, Unidades Neonatais, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo);

7.4 – O prazo de 24 (vinte e quatro) meses é contado da data do início da vigência do contrato, ou da data da inclusão do novo beneficiário (quando incluído após a data de início da vigência);

CLÁUSULA 8ª – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO

8.1 - Fica assegurada a cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgão e funções, obedecidos os prazos de carências e limites contratuais;

§ 1º Quando o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação e para os eventos relacionados às doenças e lesões preexistentes com acordo de Cobertura Parcial Temporária-CPT, a cobertura será limitada até as primeiras 12 horas de atendimento em nível ambulatorial ou até que ocorra a necessidade de internação;

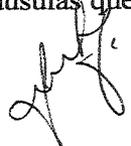
8.2 - A cobertura de custeio para o atendimento de urgências e emergências em pronto-socorro será realizada nos limites e condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões e carências;

8.3 - É assegurada a cobertura para o atendimento em pronto-socorro nos casos:

a) de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizados em declaração do médico assistente;

b) de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações do processo gestacional;

8.3.1 - Estão incluídos nos atendimentos de urgência/emergência em prontos-socorros a consulta os exames de apoio diagnóstico, os procedimentos e os recursos terapêuticos realizados ou utilizados somente durante esse atendimento; caso se torne necessária a internação hospitalar, a sua cobertura obedecerá aos limites e normas estabelecidos nas Cláusulas que tratam das carências para internações e para cobertura das doenças e lesões preexistentes;



a) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgências decorrentes de acidente pessoal, em caráter integral, incluindo internações, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas de vigência do contrato;

b) Fica assegurada a cobertura para os atendimentos de urgência decorrentes das complicações do processo gestacional, quando em cumprimento de carência, pelo período de 12 (doze) horas em ambulatório ou até que haja necessidade de internação, conforme Art. 4º, da Resolução CONSU nº 13/98;

§ 1º Nos casos de beneficiárias do contrato grávidas, **que estejam em cumprimento de carência**, aplicam-se as coberturas de urgência e emergência previstas acima, ou seja, **NÃO há cobertura para parto**. O atendimento integral às complicações decorrentes do processo gestacional somente ocorrerá cumpridas as carências para internação hospitalar;

8.4 - Nos casos em que a **CONTRATADA** vier a cobrir custos decorrentes de acidentes causados por terceiros, fica a **CONTRATADA** autorizada a buscar obter do terceiro causador do dano, ou de empresas seguradoras do beneficiário, no Brasil ou no exterior, o reembolso das despesas médicas que vier a pagar;

8.4.1 - Para os casos em que o beneficiário encontrar-se em cumprimento de carência para internação ou quando houver acordo de Cobertura Parcial Temporária, quando for necessária a continuidade do atendimento de emergência, a internação ou a realização de procedimentos da exclusiva cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira a partir da necessidade de internação passará a ser do BENEFICIÁRIO, não cabendo nenhum ônus à HUMANA;

§ 1º Os exames e serviços complementares, realizados em regime de internação, somente terão cobertura de custeio quando a internação estiver sob cobertura da HUMANA, observadas as carências contratuais;

§ 2º Nos atendimentos de urgências/emergências, cessada a obrigação de cobertura pela **CONTRATADA**, esta cobrirá os custos com a remoção para a continuidade do atendimento em outra unidade médico-hospitalar, seja pública ou privada, desde que dentro da área de abrangência geográfica da cobertura;

§ 3º Garantida a remoção após realizados os procedimentos caracterizados como urgência/emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;

§ 4º Na remoção, a **CONTRATADA** deverá disponibilizar ambulância com recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;

§ 5º Quando não puder haver remoção por risco de vida, o **BENEFICIÁRIO** e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a **CONTRATADA** desse ônus.

§ 6º Se o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade que, ainda que pertencente ao SUS, não disponha dos



recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento, ficará a **CONTRATADA** desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção;

8.5 - Nos casos de urgência e emergência em que não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, a **CONTRATADA** pagará ao **BENEFICIÁRIO** por meio de reembolso, conforme previsto no art. 12, inciso VI da Lei 9.656/98 e disposto neste contrato.

DO REEMBOLSO

8.6 – Nos Planos de Rede Credenciada, somente haverá reembolso para o atendimento realizado em pronto-socorro hospitalar em situação de urgência e/ou emergência, devidamente caracterizada, ocorrido dentro da área geográfica de abrangência do plano, quando não tenha sido possível o atendimento na rede credenciada;

8.6.1 - Na hipótese acima mencionada, o valor do reembolso corresponderá, no máximo, ao valor equivalente ao que a **CONTRATADA** custearia caso o atendimento fosse realizado na rede credenciada do plano contratado;

8.7 - Há necessidade de serem apresentados os seguintes documentos quando da solicitação de reembolso:

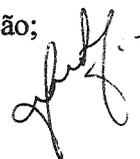
8.7.1 - **Consulta: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal)**, com a especificação de consulta, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura e carimbo do médico, CPF e/ou CNPJ, CRM, endereço legível do médico assistente e data da realização do evento. **Não será aceito o desmembramento de recibos para um mesmo evento;**

8.7.2 - **Atendimento de pronto-socorro hospitalar: nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal)**, com a especificação e discriminação do atendimento realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

8.7.3 - **Exames complementares e serviços de diagnóstico e tratamento: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal)**, com a especificação e discriminação de cada exame realizado, nome do paciente, **valor cobrado, valor de desconto, quando houver**, assinatura do responsável pelo serviço, CPF e/ou CNPJ, CRM, ISS, endereço legível e data da realização do evento;

8.7.4 - **Honorários médicos durante a internação: recibos ou nota fiscal válida como recibo (quitação da nota fiscal)**, contendo todos os dados do médico assistente e de cada um dos componentes de sua equipe, separadamente, declarando o tipo de atendimento prestado, vinculados ao laudo médico, nome do paciente, **valores cobrados, valor de desconto, quando houver**, assinatura, CPF e/ou CNPJ, CRM e endereço legível e data da realização do evento;

8.7.5 - **Internação: nota fiscal quitada e seu comprovante de pagamento da conta hospitalar discriminada**, inclusive relação de material e medicamentos consumidos, exames e taxas, nome do paciente, data de início do evento, data da alta hospitalar e relatório médico da internação;



8.7.6 - O reembolso para os custos hospitalares de internação observará a adequada justificativa médica no que diz respeito à permanência hospitalar e aos recursos terapêuticos utilizados;

8.8 - A CONTRATADA se reserva o direito de analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares;

8.9 - Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a **CONTRATADA** poderá solicitar do beneficiário essa documentação ou informações complementares sobre o procedimento a ser ressarcido, **passando a serem contados novos prazos para pagamentos a partir da data de entrega ou complementação de documentos;**

8.10 – Após a entrega de toda a documentação, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sendo indispensável a apresentação de identidade e CPF e a obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda;

8.11 – O direito ao reembolso fica vinculado ao prazo de 12 meses contados da data do atendimento;

8.12 – O beneficiário que não exercer esse direito no prazo estipulado não poderá mais fazê-lo.

CLÁUSULA 9ª – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

9.1 - A contratada fornecerá aos seus beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação será obrigatória acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido;

9.1.1 - A segunda via do Cartão Individual de Identificação poderá vir a ser cobrada pela **CONTRATADA**;

9.2 - Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do beneficiário fornecido e expedido pela **CONTRATADA** para os beneficiários cadastrados no Plano, acompanhado de cédula de identidade dos mesmos ou, inexistindo tal documento, outro que surta efeitos similares, exceto nos casos de urgência e emergência;

9.3 - O beneficiário, no extravio do Cartão, para obter uma 2ª (segunda) via, comunicará o fato imediatamente à **CONTRATADA**, arcando com as despesas da confecção de outra via;

9.4 - Cessa a responsabilidade do beneficiário a partir da comunicação do extravio do cartão de identificação.

DAS AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

9.5 - Para a realização dos procedimentos contratados, será necessária a obtenção de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA** através de **GUIA**, exceto consultas e os casos caracterizados como urgência e emergência;

9.6 – A cobertura dos procedimentos deverá ser garantida nos seguintes prazos:



- a) serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
- b) demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
- c) procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- d) atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- e) atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização;

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário;

9.7 - Os procedimentos deverão ser solicitados pelo médico-assistente ou cirurgião-dentista em formulário específico e disponibilizado pela **CONTRATADA**, ou quando não credenciado, em Receituário, contendo dados do **BENEFICIÁRIO**, descrição dos exames e especificação de acordo com CID.

DA JUNTA MÉDICA

9.8 - As divergências de natureza médica sobre o atendimento previsto no contrato, incluindo o sentido da terminologia utilizada no presente contrato, serão dirimidas por uma Junta Médica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro desempataador, escolhido pelos dois nomeados;

9.8.1 - Se não houver acordo quanto à escolha do médico desempataador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Médicas sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**;

9.8.2 - A remuneração do médico desempataador é de responsabilidade da **CONTRATADA**.

DA REDE CREDENCIADA

9.9 - Estarão disponíveis no site www.humana.saude.com.br, através do teleatendimento (86)3221-1000 e nas Agências de Atendimento, relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela **CONTRATADA**, obedecidas as regras que disciplinam o atendimento dos mesmos, sendo que os beneficiários com mais de 60 (sessenta anos), as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 05 (cinco) anos possuem privilégios na marcação de consultas, exames e qualquer outros procedimentos em relação aos demais beneficiários;

9.10 - A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da **CONTRATADA** terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de teleatendimento ou por meio da internet, no endereço www.humana.saude.com.br;



9.11 - A inclusão como contratado, referenciado ou credenciado, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os beneficiários quando da sua manutenção ao longo da vigência do contrato, conforme regras abaixo:

- a) a substituição da entidade hospitalar por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e a ANS com 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 **CONTRATADA** 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 **CONTRATADA** durante período de internação do beneficiário, o hospital estará obrigado a manter a internação e a **CONTRATADA** 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.

DA CONSULTA MÉDICA

9.12 - A cobertura de custeio das consultas será realizada nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, em número ilimitado, nas condições estabelecidas nas cláusulas deste contrato, no que diz respeito às coberturas, exclusões, carências e direcionamento;

9.13 - A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o médico;

9.13.1 - As consequências do não comparecimento à consulta marcada são de inteira responsabilidade do beneficiário.

DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

9.14 - A cobertura de custeio de internações para o tratamento das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e Problemas Relacionados com a Saúde, rege-se de acordo com as normas estabelecidas pelo CONSU - Conselho Nacional de Saúde Suplementar, **com acomodação em quarto individual, nos limites e condições das cláusulas deste contrato, no que diz respeito a coberturas, exclusões, carências e direcionamento, e no que segue:**

9.14.1 - As internações eletivas ou programadas somente terão cobertura quando autorizadas previamente pela **CONTRATADA**, devendo o beneficiário solicitar autorização nas agências da **CONTRATADA**;

9.14.2 - Em todos os casos que envolvam hemoterapia deverão ser observadas as normas estabelecidas para reposição de sangue pelas autoridades públicas;



9.14.3 - As despesas extraordinárias (aquelas não previstas no contrato ou não sujeitas à cobertura, como refeições para acompanhantes não obrigatórios, telefonemas e outras definidas pelo estabelecimento hospitalar) **deverão ser pagas diretamente ao hospital pelo beneficiário, sem direito a reembolso pela CONTRATADA.**

CLÁUSULA 10ª – DA FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 - Todos os pagamentos serão feitos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, na modalidade de pré-pagamento, de acordo com as condições definidas na Tabela de Preços, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais;

10.2 - A primeira mensalidade vence na data da assinatura da Solicitação de Adesão, e as demais no mesmo dia nos meses subsequentes;

10.3 - Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA**, se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela **CONTRATADA**;

10.4 - O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal;

10.5 - Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura do contrato, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário;

10.6 - O recebimento pela **CONTRATADA** de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando em novação contratual ou transação;

10.7 - A **CONTRATANTE** em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades estará sujeito à aplicação de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso;

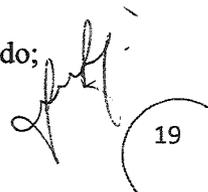
10.8 - O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

10.9 - Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aquele a este já vinculados.

CLÁUSULA 11ª – DO REAJUSTE DOS VALORES

11.1 - Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice VCMH. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato;

11.2 - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado;



11.3 - Para os contratos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, apurados na data de aniversário do contrato, ou seja, em 10/04 de cada ano, o cálculo de reajuste terá por base o agrupamento de todos os contratos com número igual ou inferior a 29 (vinte e nove) beneficiários.

11.3.1 - 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.

11.3.2 - O percentual calculado para o agrupamento será divulgado no site www.humanasaude.com.br.

11.4 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 70% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

11.4.1 - Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

$$R = (S / Sm) - 1$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

11.5 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 11.4.1, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 11.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes;

11.6 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 11.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico;

11.7 - 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;

11.8 - Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato;

11.9 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 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;

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

CLÁUSULA 12ª – DAS FAIXAS ETÁRIAS

12.1 - As faixas etárias previstas neste contrato são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e

nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais;

12.2 - Ocorrendo alterações na idade de qualquer dos beneficiários que importe deslocamento para outra faixa etária, o valor da mensalidade será reajustado para o valor da nova faixa, no mês seguinte ao da ocorrência. São os seguintes os percentuais de reajuste em razão de mudança de faixa etária:

- a) Ao completar 19 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- b) Ao completar 24 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- c) Ao completar 29 anos, acréscimo de 13% (treze por cento);
- d) Ao completar 34 anos, acréscimo de 17% (dezesete por cento);
- e) Ao completar 39 anos, acréscimo de 20% (vinte por cento);
- f) Ao completar 44 anos, acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento);
- g) Ao completar 49 anos, acréscimo de 27% (vinte e sete por cento);
- h) Ao completar 54 anos, acréscimo de 32% (trinta e dois por cento);
- i) Ao completar 59 anos, acréscimo de 40% (quarenta por cento);

§ 1º O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a 06 (seis) vezes o valor da primeira faixa etária;

§ 2º A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

CLÁUSULA 13ª – DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1 - A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

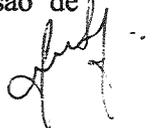
13.1.1 - Perda da qualidade de beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.1.2 - Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido do beneficiário titular;
- c) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

13.2 - Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.



14.3 - A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

CLÁUSULA 14ª – DA RESCISÃO/SUSPENSÃO DO CONTRATO

14.1 - O atraso no pagamento da mensalidade, pela CONTRATANTE, por um período superior a 30 (trinta) dias, implica na suspensão do direito do(s) BENEFICIÁRIO(S) TITULAR(ARES) e de seus DEPENDENTES a qualquer cobertura.

14.2 - Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, a qualquer tempo, sem qualquer ônus, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

- a) prática de fraude comprovada;
- b) inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.
- c) se qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento.

14.2.1 - Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato, poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

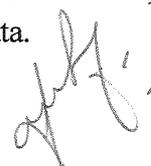
- a) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa no valor de 10% (dez por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

14.3 - Após o período de 12 (doze) meses, contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

14.4 - Após a rescisão do contrato, por quaisquer dos motivos citados, fica a **CONTRATANTE** ciente que os BENEFICIÁRIOS não poderão mais usufruir qualquer atendimento médico ou hospitalar anteriormente previsto. Se os BENEFICIÁRIOS contrariarem o acima exposto todo e qualquer custo gerado por tal ato será de inteira e exclusiva responsabilidade da **CONTRATANTE**.

14.5 - Se a **CONTRATANTE**, na data do pedido de cancelamento do contrato, efetuar o pagamento da mensalidade, garantirá a cobertura por um prazo de 30 (trinta) dias. A responsabilidade da **CONTRATADA** sobre os atendimentos indicados cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias mencionado nesta Cláusula, correndo as despesas a partir de então por conta da **CONTRATANTE**.

14.6 - A **CONTRATANTE** que na data de solicitação de cancelamento do contrato, não efetuar o pagamento da mensalidade, terá a cobertura contratual encerrada na mesma data.



CLÁUSULA 15ª – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 - Fazem parte do contrato as Solicitações de Adesão que incluem as Declarações de Saúde dos beneficiários, a Carta de Orientação ao Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual, o Rol de Procedimentos Médicos da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Orientador Médico com a rede credenciada do plano e os documentos comprovantes de pagamento;

15.2 - A contratada fornecerá aos seus beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação será obrigatória acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido;

15.2.1 - A segunda via do Cartão Individual de Identificação poderá vir a ser cobrada pela **CONTRATADA**;

15.3 - A **CONTRATANTE** é a única responsável pela veracidade e correção de todas as declarações que vier a fazer quando da inclusão dos beneficiários, bem como pela apresentação de todos os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas, tais como carteira de identidade, CPF, ou certidão de nascimento e casamento. É também responsável pelo preenchimento das informações pessoais de cada um dos beneficiários titulares e/ou dependentes;

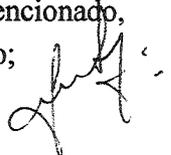
15.3.1 - A omissão de informações ou o fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, fazendo com que os beneficiários possam usufruir de benefícios que não teriam caso tivessem informado ou declarado de forma correta, é reconhecida como violação do contrato, permitindo à empresa buscar até mesmo liminarmente a proteção dos seus direitos, sem prejuízo de poder a **CONTRATADA** buscar ainda o cancelamento do contrato por fraude e/ou buscar ser indenizada pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevida;

15.4 - A **CONTRATANTE** obriga-se à devolução de toda a documentação de identificação destinada ao uso do sistema, pertencente aos beneficiários excluídos, ficando a **CONTRATADA** autorizada a cobrar todos os valores correspondentes ao uso indevido dessa documentação;

15.5 - Não é admitida a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicações posteriores por escrito;

15.6 - Não se constituirá novação, ou de qualquer modo, modificação do contrato, qualquer moratória, dilação ou concessão outorgada pela **CONTRATADA** a qualquer dos beneficiários, sendo essa concessão, portanto, revogável a qualquer tempo por qualquer das partes;

15.7 - O contrato constitui o único e integral acordo entre as partes referentes ao objeto constante da Cláusula do Objeto e cancela todos os outros compromissos, entendimentos, contratos e garantias porventura existentes entre as partes e referentes ao constante da Cláusula do Objeto já mencionado, mesmo que sejam verbais ou escritos, dando-se às partes mutuamente ampla e total quitação;



15.8 - Caso a Lei ou o regulamento não determine uma forma especial de comunicação, a **CONTRATADA** na sua comunicação com o cliente poderá se utilizar de qualquer meio possível, entre os quais, porém não limitados a somente esses: cartas (com ou sem Aviso de Recebimento), e-mails, telefone, ou qualquer outro meio eletrônico ou físico;

CLÁUSULA 16ª – DA ELEIÇÃO DE FORO

16.1 - O foro para o caso de litígio ou pendência judicial será o do domicílio da CONTRATANTE, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim de acordo, assinam o presente Termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, a fim de que se produzam os seus devidos e legais efeitos.

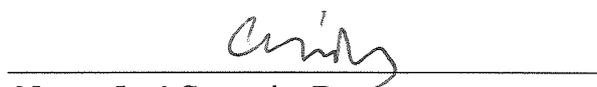
Teresina(PI), 10 de abril de 2018

PELA CONTRATANTE

Nome: Jurandir Gonçalves Lima

CPF: 387.184.053-04

Cargo: Presidente

PELA CONTRATADA

Nome: José Cerqueira Dantas

CPF: 031.104.003-91

Cargo: Diretor Presidente



Nome: Marcos Paladini Nogueira Simões

CPF: 077.647.428-64

Cargo: Diretor Financeiro

TESTEMUNHA

Nome:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome:

CPF:

Aditivo para cobertura de oferta de medicamentos, em regime ambulatorial, que entre si celebram **HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. – HUMANA SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF sob Nº. 00.361.325/0001-08, com endereço na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina - PI, CEP 64.000-020, como **CONTRATADA** e **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - ADUFPI**, inscrita no C.N.P.J/MF sob o nº. 06.710.842/0001-13, estabelecida na Av. Petronio Portela 391 - Ininga, Teresina - PI, CEP: 64.003-600, como **CONTRATANTE**.

1. DO OBJETO

Este instrumento contratual tem por finalidade proporcionar a todos os beneficiários inscritos no presente contrato o direito de obtenção de medicamentos constantes na LISTA DE MEDICAMENTOS DA CONTRATADA (Manual anexo), de acordo com as condições estabelecidas abaixo.

2. DAS NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

Deverão fazer parte obrigatoriamente do aditivo que ora se assina, para poder ser concedido o benefício deste contrato, todos os beneficiários inscritos em um mesmo plano de cobertura de assistência médica e hospitalar.

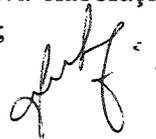
3. DOS BENEFÍCIOS

3.1. Obtenção de medicamentos constantes da LISTA DE MEDICAMENTOS DA CONTRATADA mediante a apresentação obrigatória da receita própria carbonada, com validade para 60 (sessenta) dias contados da data de sua emissão, e expedida pelo médico credenciado, contendo a identificação do respectivo CRM (carimbo do médico), cartão de beneficiário DA CONTRATADA e cédula de identidade;

3.2. A quantidade de embalagens autorizadas para aquisição é de até 02 (duas) unidades por medicamento/mês;

3.3. No caso de medicamentos de uso continuado, a mesma receita será válida para a aquisição de 02 (duas) unidades mensais por até 02 (dois) meses após sua expedição pelo médico credenciado;

3.4. A LISTA DE MEDICAMENTOS (Manual anexo) é de exclusiva elaboração e atualização da HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. – HUMANA SAÚDE;



3.5. A CONTRATADA não se obriga à cobertura dos custos de medicamentos prescritos em receituários que não sejam próprios da mesma (receita carbonada), ou medicamentos que não constem da listagem padrão de medicamentos em sua última versão.

4. DO ATENDIMENTO

4.1. Este aditivo somente é válido para obtenção de Medicamentos na Rede de Farmácias **ALÔ FARMÁCIA (Rua Olavo Bilac, Nº 2210, esquina com Desembargador Pires de Castro, telefone: 226-2424, nesta cidade de Teresina/PI), pertencente à empresa Trimaran Medicamentos Ltda., nos termos do contrato celebrado entre a farmácia e a Humana Assistência Médica Ltda. – HUMANA SAÚDE, de 25.08.2000;**

4.2. Caberá à CONTRATADA estabelecer normas para o controle do uso dos medicamentos, podendo realizar palestras aos beneficiários e visitas domiciliares visando evitar o abandono do tratamento;

4.3. Em hipótese alguma a CONTRATADA prestará oferta de medicamentos para beneficiários portando fotocópias de receituários.

5. DA FORMA DE PAGAMENTO

5.1. A **CONTRATANTE**, está isenta do pagamento à Alô Farmácia de qualquer obrigação referente a este instrumento, transferindo-se a responsabilidade do pagamento para a **CONTRATADA, Humana Assistência Médica Ltda.**, que desde já assume o ônus respectivo, devendo a fatura ser emitida diretamente à **CONTRATADA**.

6. DA VIGÊNCIA DO ADITIVO

Os benefícios constantes deste aditivo somente serão concedidos após pagamento da adesão ao plano, via banco ou locais autorizados pela CONTRATADA.

Este aditivo tem validade de doze meses, podendo o mesmo ser prorrogado por igual período na data de aniversário do contrato.

7. DAS EXCLUSÕES

- Medicamentos que não fazem parte da LISTA DE MEDICAMENTOS DA CONTRATADA.



- Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou material importado não reconhecidos pelo Conselho Federal de Farmácia e Conselho Federal de Medicina, estimulantes de apetite, redutores de peso, psicotrópicos, tratamentos estéticos ou complexos vitamínicos.

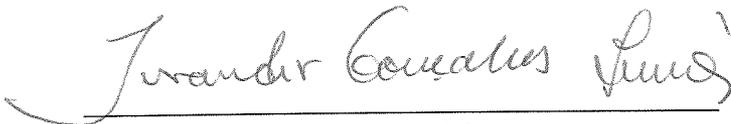
8. DO INADIMPLEMENTO

Na eventual ocorrência de inadimplemento contratual, o programa de fornecimento de medicamentos é automaticamente suspenso para o CONTRATANTE.

Com a regularização da inadimplência, obriga-se o CONTRATANTE ao cumprimento de um intervalo de 07 (sete) dias, para a regularização cadastral, quando a partir de então terá restabelecido o acesso ao Programa HUMANA SAÚDE de Medicamentos.

9. As demais Cláusulas Contratuais permanecem inalteradas.

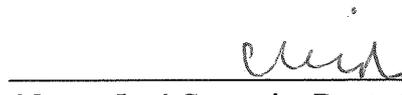
Teresina (PI), 10 de abril de 2018.

PELA CONTRATANTE

Nome: Jurandir Gonçalves Lima

CPF: 387.184.053-04

Cargo: Presidente

PELA CONTRATADA

Nome: José Cerqueira Dantas

CPF: 031.104.003-91

Cargo: Diretor Presidente



Nome: Marcos Paladini Nogueira Simões

CPF: 077.647.428-64

Cargo: Diretor Financeiro

TESTEMUNHA**TESTEMUNHA**

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Termo Aditivo ao Contrato de Cobertura de Custos de Assistência Médica e Hospitalar celebrado entre **HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. – HUMANA SAÚDE**, inscrita no C.N.P.J. sob o nº 00.361.325/0001-08, com endereço na Av. Frei Serafim, nº.2155, Centro, Teresina - PI, CEP: 64.000-020, como **CONTRATADA** e **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - ADUFPI**, inscrita no C.N.P.J/MF sob o nº. **06.710.842/0001-13**, estabelecida Av. Petronio Portela 391 - Ininga, Teresina - PI CEP: **64.003-600**, como **CONTRATANTE**.

1 - PREÇOS PER CAPITA CONTRATADOS:

PREÇO POR PLANO E ALTERNATIVA ESCOLHIDA		
PLANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR PER CAPITA (R\$)
PRIMUS COL ADESÃO QUARTO PRIVATIVO	De 0 a 18 anos	147,14
	De 19 a 23 anos	180,11
	De 24 a 28 anos	190,43
	De 29 a 33 anos	278,88
	De 34 a 38 anos	302,78
	De 39 a 43 anos	312,44
	De 44 a 48 anos	322,20
	De 49 a 53 anos	359,00
	De 54 a 58 anos	382,00
	59 anos ou mais	444,00

2. São considerados beneficiários todos os que forem expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e que sejam aceitos pela **CONTRATADA**.

3. A movimentação cadastral, para fins de faturamento, realizar-se-á no período do dia 11 (onze) ao dia 29 (vinte e nove) de cada mês.

4. O presente contrato é em regime de pré-pagamento, ficando seu vencimento para o dia 10 (dez) de cada mês.



5. A constatação da utilização do cartão de beneficiário por terceiros, mesmo sem o consentimento do beneficiário, implicará na sua imediata eliminação do quadro de beneficiários da **CONTRATADA**.
6. A **CONTRATANTE** é responsável pelo pagamento das mensalidades e as faturas mensais serão emitidas com base no quantitativo de beneficiários inscritos e em conformidade com o preço da faixa etária previsto no **item 1** deste aditivo.
7. O presente contrato poderá, ser rescindido ou denunciado de pleno direito se, por motivos de inelegibilidade, perda dos direitos de titularidade ou dependência, exclusão a pedido do beneficiário ou da **CONTRATANTE**, o número dos mesmos se tornar inferior a 03 (três) beneficiários.
8. As demais cláusulas permanecem inalteradas.

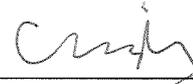
Teresina(PI), 10 de abril de 2018.

PELA CONTRATANTE

Nome: Jurandir Gonçalves Lima

CPF: 387.184.053-04

Cargo: Presidente

PELA CONTRATADA

Nome: José Cerqueira Dantas

CPF: 031.104.003-91

Cargo: Diretor Presidente



Nome: Marcos Paladini Nogueira Simões

CPF: 077.647.428-64

Cargo: Diretor Financeiro

TESTEMUNHA

Nome:

CPF:

TESTEMUNHA

Nome:

CPF:

Termo Aditivo de Cobertura de Custos de Assistência Odontológica pelo regime de contratação Empresarial, que entre si fazem, de um lado, **HUMANA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA – HUMANA SAÚDE**, doravante denominada **CONTRATADA**, empresa de Medicina de Grupo, com segmentação terciária, estabelecida na Av. Frei Serafim, nº 2155, Centro, CEP 64.000-020, Teresina/PI, CNPJ: 00.361.325/0001-08, Certificado de Registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS nº 357511, e de outro a **ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - ADUFPI**, inscrita no CNPJ/MF nº. 06.710.842/0001-13, Inscrição Estadual: Isenta com sede na Av. Petrônio Portela, nº. 391 - Ininga, Teresina - PI, CEP: 64.003-600, doravante denominado **CONTRATANTE**, regendo-se pelas seguintes Cláusulas e Condições:

DO OBJETO

Cláusula 1ª - O objeto do presente aditivo é a prestação de assistência odontológica de forma gratuita, compreendendo todos os procedimentos realizados em consultório, relativos a Consulta, Emergência, Cirurgia, Dentística, Endodontia, Periodontia, Prevenção em Saúde Bucal e Radiologia, constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos anexo à Resolução Nº 09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e suas revisões, na área de abrangência do município de Teresina - PI.

DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª - Para fins deste aditivo, considera-se:

I. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento odontológico.

II. Evento: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa dano involuntário à saúde bucal do **BENEFICIÁRIO** em decorrência de acidente pessoal ou não.

III. Emergência: o evento que acarreta risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao beneficiário, ocasionado por dor ou desconforto e caracterizado em declaração do odontólogo assistente.

IV. Orçamento: o documento no qual o cirurgião-dentista credenciado discriminará os procedimentos necessários ao tratamento, que só terá validade legal após ser autorizado pela **CONTRATADA** prestadora dos serviços.

V. Procedimento Odontológico: o nome dado ao procedimento odontológico constante no item Cobertura deste contrato.



VI. Programa Proteção Odontológico (PPO): programa desenvolvido para promoção de saúde bucal através do exame clínico inicial, com o objetivo de identificar e controlar as verdadeiras causas das doenças bucais, sendo pré-requisito obrigatório para o início do tratamento cirúrgico ou restaurador, nos casos em que houver indicação.

VII. Reavaliação: consulta realizada a partir do período de 30 dias a contar da realização do PPO, quando houver necessidades curativas. Esta tem como objetivo reavaliar o paciente, indicando-o ou não ao tratamento curativo. São condições básicas dessa prática a estreita colaboração do beneficiário no que for solicitado como tarefas domiciliares.

VIII. Tabela de Procedimentos Odontológicos: o documento onde estão relacionados todos os procedimentos odontológicos cobertos.

IX. Urgência: entende-se por urgência os resultados de acidentes pessoais.

DAS COBERTURAS

Cláusula 3ª - A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO a cobertura de custos para despesas com assistência odontológica nos consultórios próprios ou credenciados, dentro da rede, por ela mantida ou contratada, conforme descrito abaixo:

Parágrafo único: De acordo com padrões técnicos odontológicos aceitos, alguns procedimentos estão sujeitos a prazos de repetição, podendo, no entanto, ser autorizados fora dos mesmos, desde que haja necessidade imperiosa e/ou indicação técnica feita por um consultor odontológico Humana Odonto. Esses prazos estão indicados, entre parênteses, ao lado dos respectivos procedimentos.

3.1. Consulta (anamnese, exame clínico e orçamento).

3.2. Urgências Odontológicas:

- a) curativo em caso de odontalgia aguda;
- b) curativo em caso de hemorragia bucal;
- c) imobilização dentária temporária;
- d) recimentação de peça protética;
- e) tratamento de alveolite.

3.3. Cirurgia Oral (somente aquelas realizadas em consultório, não necessitando de anestesia geral):

- a) alveoloplastia;



- b) apicectomia bi-radicular, apicectomia bi-radicular com obturação retrógrada, apicectomia tri-radicular, apicectomia tri-radicular com obturação retrógrada, apicectomia uni-radicular, apicectomia uni-radicular com obturação retrógrada;
- c) biópsia;
- d) cirurgia de torus mandibular bilateral, cirurgia de torus palatino, cirurgia de torus unilateral;
- e) correção de bridas musculares;
- f) excisão de mucocele, excisão de rânula;
- g) exodontia, retalho, exodontia de raiz residual, exodontia simples, exodontias múltiplas;
- h) fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta, fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta, frenectomia labial, frenectomia lingual;
- i) incisão e drenagem de abscesso intra e extra oral;
- j) remoção de sulco gengivo labial;
- l) reimplante de dente avulsionado;
- m) remoção de dentes retidos (incluso e impactados);
- n) sulcoplastia;
- o) ulectomia;
- p) ulotomia.

3.4. Dentística:

- a) restauração de 1 (uma) superfície (24 meses)
- b) restauração de 2 (duas) superfícies (24 meses)
- c) restauração de 3 (três) superfícies (24 meses)
- d) restauração de 4 (quatro) superfícies (24 meses)
- e) colagem de fragmentos;
- f) restauração de ângulo (24 meses)
- g) restauração a pino (24 meses)
- h) restauração de superfície radicular (24 meses)

3.5. Endodontia:

- a) remoção de obturação radicular;
- b) remoção de prótese e/ou pino metálico;
- c) tratamento endodôntico em dentes permanentes (1 conduto);
- d) tratamento endodôntico em dentes permanentes (2 condutos);

- e) tratamento endodôntico em dentes permanentes (3 condutos);
- f) tratamento endodôntico em dentes permanentes (4 condutos);
- g) capeamento pulpar direto e indireto;
- h) pulpotomia/pulpectomia;
- i) tratamento endodôntico em dentes decíduos.

3.6. Periodontia:

- a) raspagem, alisamento e polimento coronário (6 meses);
- b) raspagem, alisamento e polimento radicular, curetagem de bolsa periodontal, tratamento de gengivite (12 meses);

3.7. Radiologia:

- a) radiografia periapical (6 meses);
- b) radiografia bite – wing (6 meses);

3.8. Prevenção em saúde bucal:

- a) orientação sobre: cárie dental, doença periodontal, câncer bucal, manutenção de prótese, uso de dentífricos e enxaguatórios;
- b) evidenciação de placa, profilaxia e polimento coronário;
- c) aplicação tópica profissional de flúor;
- d) aplicação de selante.

DAS EXCLUSÕES

Cláusula 4ª - Este aditivo não prevê cobertura de custos ou ressarcimento para os eventos que seguem:

- Procedimentos que exijam atendimento domiciliar;
- Procedimentos que exijam atendimento hospitalar;
- Procedimentos para correção estética bem como aparelhos ortodônticos;
- Procedimentos para a correção de atos ilícitos provocados pelo beneficiário;
- Procedimentos de prótese dentária;



- Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou material importado não reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia bem como aqueles que não estão incluídos no rol de procedimentos do Ministério da Saúde;
- Implantes, transplantes e tratamentos ortodônticos e/ou ortopédicos com materiais preciosos ou porcelanas fundidas;
- Despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- Despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar;
- Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- Serviços realizados por não credenciados, salvo os casos de emergência conforme descrito na Cláusula 9ª;
- Serviços não constantes no item cobertura que descreve os Procedimentos Odontológicos cobertos pela CONTRATADA;
- Serviços não previstos na cobertura da Tabela de Procedimentos Odontológicos da CONTRATADA;
- Renovação de restaurações sem indicação clínica e/ou troca de restaurações para fins estéticos;
- Despesas odontológicas efetuadas antes do cumprimento das carências previstas na Cláusula 5ª deste contrato;
- Quaisquer procedimentos não previstos no rol do Conselho Federal de Odontologia vigente na ocasião do evento;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios;
- Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência prevista neste contrato;
- Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil;
- Procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional;
- Prótese;
- Ortodontia;
- Cirurgia Odontológica buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar.

DO ATENDIMENTO

Cláusula 5ª - Os beneficiários serão atendidos, de 2ª a 6ª feira, das 8:00 às 18:00h nos consultórios e clínicas credenciadas com agendamento de suas consultas através do Teleatendimento 3221-1000 e 0800-72-12345 ou diretamente na **Agência de Atendimento**, localizada na Av. Frei Serafim, 2155, Centro, Teresina-PI, telefone 3223-2233.

- O beneficiário terá acesso às melhores práticas odontológicas e será atendido por dentistas selecionados pela **CONTRATADA**, constante da Relação de Dentistas Credenciados. A hora e data da consulta serão determinadas por iniciativa do beneficiário e de acordo com o dentista;
- Todo beneficiário deverá iniciar seu atendimento pelo PPO, seguindo para o tratamento curativo indicado pelo prevencionista;
- A qualquer momento, o beneficiário poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, manutenção da qualidade, aferição do nível de saúde bucal e/ou para dirimir dúvidas técnicas, sendo essas consultas de caráter obrigatório e realizadas por consultores da **CONTRATADA**;
- **O ônus decorrente da ausência do beneficiário à consulta será de sua exclusiva responsabilidade**, ficando ao dentista o direito de cobrar o equivalente a 1(uma) consulta de emergência, cujo valor seguirá o da tabela de honorários Humana Saúde.

DA GRATUIDADE

Cláusula 6ª – Fica assegurado aos beneficiários a gratuidade da cobertura odontológica inferida neste aditivo.

DAS RECLAMAÇÕES

Cláusula 7ª - Quando o beneficiário se sentir insatisfeito com o atendimento odontológico previsto neste aditivo, deverá encaminhar à DIRETORIA TÉCNICA da Humana Saúde formulário de reclamação fornecido pela **CONTRATADA**, onde deverá descrever o motivo da insatisfação, os profissionais que prestaram o atendimento, o local, seu nome completo e número do contrato.

Parágrafo Único: A **CONTRATADA** deverá se manifestar no prazo de 03 (três) dias sobre a reclamação recebida.

7.1. Nos casos de discordâncias de natureza odontológica, referentes às coberturas previstas na Cláusula 3ª, deverá ser constituída uma junta odontológica composta por 03(três) membros: um nomeado pela **CONTRATADA**, um pelo **BENEFICIÁRIO** e um terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelas partes cujo ônus cabe aos CONTRATANTES.



§ 1º – Caso não haja acordo quanto ao dentista desempatador, este será designado pela associação específica de dentistas.

DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS CREDENCIADOS

Cláusula 8ª – Os serviços odontológicos integrantes deste aditivo serão sempre exclusivamente prestados através dos credenciados da CONTRATADA, dos quais o BENEFICIÁRIO declara ter pleno conhecimento.

O direito de credenciamento e descredenciamento de dentista, serviços de radiologia e clínicas de urgência é de competência exclusiva da **CONTRATADA**, que o usará sempre com o objetivo de melhoria da qualidade do sistema para os seus beneficiários. Em caso de descredenciamento, a **CONTRATADA** providenciará uma alternativa para a continuidade do atendimento.

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

Parágrafo Único: O prazo de vigência do presente aditivo é de 12 (doze) meses, contados de 10/02/2010 a 09/02/2011.

Cláusula 9ª - O início da vigência deste aditivo será a data da sua assinatura.

9.1 – A data para o início do aditivo poderá ser adiada em função de esclarecimentos ou novas informações que se tornem necessárias para a complementação dos dados cadastrais e da declaração de saúde.

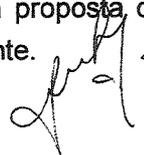
9.2 – Este aditivo ficará vinculado ao Contrato de Cobertura de Custos Assistenciais, não podendo ser renovado separadamente.

DA RESCISÃO

Cláusula 10ª – O presente aditivo será rescindido de pleno direito, quando houver rescisão do contrato ao qual está vinculado..

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FORO

Cláusula 11ª – Não se admitirá a presunção de que as partes **CONTRATANTES** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem expressamente do contrato, da proposta de adesão, deste aditivo ou quaisquer outros documentos que dele façam parte integrante.



11.1. Nenhuma responsabilidade caberá à **CONTRATADA**, pelos atendimentos previstos neste aditivo ocorridos por dano resultante de dolo ou culpa, concordando expressamente o **BENEFICIÁRIO** que tal responsabilidade será exclusiva do profissional ou entidade a que ele der causa.

11.2. As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente aditivo, serão dirimidas por uma Junta Odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pelo **CONTRATANTE** outro pela **CONTRATADA** e um terceiro desempatador, escolhido pelos nomeados.

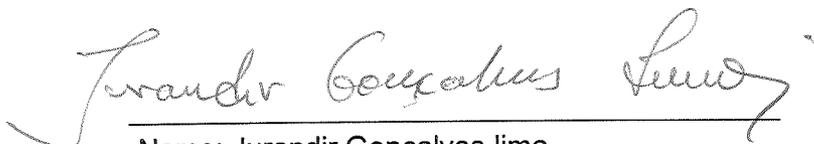
11.2.1. Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das Sociedades Odontológicas sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.

11.2.2. Cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar; os do terceiro serão pagos pelo **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, em partes iguais.

11.3. Os **CONTRATANTES** elegem o Foro do Município de residência do **CONTRATANTE** para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

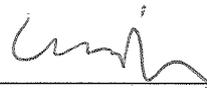
Teresina/PI, 10 de abril de 2018.

CONTRATANTE



Nome: Jurandir Gonçalves Lima
CPF: 387.184.053-04
Cargo: Presidente

CONTRATADA



Nome: José Cerqueira Dantas
CPF: 031.104.003-91
Cargo: Diretor Presidente



Nome: Marcos Paladini Nogueira Simões
CPF: 077.647.428-64
Cargo: Diretor Financeiro

TESTEMUNHA

Nome:
CPF:

TESTEMUNHA

Nome:
CPF: