

Registro 41679-7

CNPJ: 04.686.687/0001-11

Razão Social: CLÍNICA ODONTOLÓGICA SASSO SOCIEDADE SIMPLES LTDA

Plano: ODONTO MÃE I

Nº Registro: 459.856/09-3

Dados Gerais

Contratação: Coletivo empresarial

Abrangência Geográfica: Grupo de municípios

Segmentação Assistencial: Odontológico

Formação do Preço: Pré-Estabelecido

Padrão de Acomodação: --

Plano opera exclusivamente como Livre Escolha: Não

Instrumento Jurídico

Data do Ajuste à RN 195: 21/05/2010

Tema: I - ATRIBUTOS DO CONTRATO**Código de Identificação:** DIJ0004838**Identificação do texto:** ODONTOLÓGICO**Texto do Dispositivo:**

Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica.

A cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal.

O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Tema: II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**Código de Identificação:** II CE**Identificação do texto:** ODONTOLÓGICO**Texto do Dispositivo:**

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

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

De acordo com a indicação na proposta de adesão, podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

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) Filho (a) com deficiência física, independentemente da idade.

e) Os tutelados e os menores sob guarda;

f) Pais do titular e do cônjuge;

g) _____

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

É garantida a inscrição do menor adotivo de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante.

As inclusões de beneficiários só contarão dentro do mês de sua comunicação e inclusão cadastral junto à CONTRATADA.

Tema: III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

Código de Identificação: DIJ0005704

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

A contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo contrato.

Tema: IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

Código de Identificação: IV CE

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

Estão expressamente excluídas da cobertura do Plano de Assistência Odontológica, objeto deste Contrato, prevalecendo esta cláusula sobre as demais, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados e suas conseqüências:

Métodos diagnósticos e tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, experimentais, não reconhecidos pelas sociedades odontológicas nacionais, em especial o Conselho Federal de Odontologia - CFO.

Serviços odontológicos com finalidade estética.

Implantes dentários, em qualquer hipótese.

Despesas ocorridas em regime hospitalar, à exceção dos honorários profissionais do cirurgião-dentista e os materiais por ele utilizados em procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de internação hospitalar por imperativo clínico.

Atendimento domiciliar, em qualquer hipótese.

Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar.

Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, não reconhecidos pelas autoridades competentes.

Quaisquer atendimentos nos casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente.

Procedimentos enquadrados na especialidade de Ortodontia.

Procedimentos enquadrados na especialidade de Prótese Dental.

Cirurgias a laser.

Clareamento dentário.

Cirurgias com envolvimento de seio maxilar.

Tratamentos decorrentes de Acidente do Trabalho e suas conseqüências, doenças e moléstias profissionais e procedimentos relacionados à Saúde Ocupacional.

Radiografia panorâmica e teleradiografia.

Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS, conforme normativo vigente na época do evento, e não previstos neste Contrato como Serviços e Coberturas Adicionais.

Tema: V - DURAÇÃO DO CONTRATO

Código de Identificação: DIJ0004756

Identificação do texto: Coletivo Empresarial

Texto do Dispositivo:

O presente Contrato vigorará pelo prazo de ____ (O CAMPO SERÁ PREENCHIDO NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou 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.

Tema: VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

Código de Identificação: VI CE

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências, a contar da data de assinatura da proposta de adesão de cada beneficiário:

Procedimentos Carências Redução/Isenção

Urgências ou Emergências Odontológicas 24 horas _____

Diagnóstico 180 dias _____

Radiologia, Prevenção Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia 180 dias _____

Periodontia, Endodontia 180 dias _____

Demais Casos 180 dias _____

Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário.

O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

Não será exigido o cumprimento de carências se:

A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato ou de sua vinculação à Pessoa Jurídica contratante do plano.

Tema: VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Código de Identificação: DIJ0005663

Identificação do texto: COLETIVO EMPRESARIAL - Não aplicabilidade

Texto do Dispositivo:

Este item não se aplica aos termos deste contrato.

Tema: VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código de Identificação: DIJ0005005

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA:

I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal.

II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente.

III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma.

IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético.

V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário.

VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.

VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso.

VIII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.

IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

Tema: X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Código de Identificação: X CE

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da CONTRATADA com um documento de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço.

Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à Rede.

A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista, ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário.

Em caso de divergências de natureza odontológica relacionada aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador será paga pela CONTRATADA.

Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA para a agilização do atendimento.

O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

Tema: XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

Código de Identificação: DIJ0005861

Identificação do texto: COLETIVO EMPRESARIAL - PRÉ ESTABELECIDO - PREÇO ÚNICO

Texto do Dispositivo:

O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para a determinação do preço único e da participação do empregador: _____

Tema: XII - REAJUSTE

Código de Identificação: DIJ0005870

Identificação do texto: REAJUSTE COLETIVO EMPRESARIAL INATIVOS (COM FÓRMULA

Texto do Dispositivo:

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e da tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice _____, previsto em todos os contratos da carteira de planos privados de assistência à saúde exclusivos de ex-empregados. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de ____ meses em relação à data-base de aniversário do contrato, considerada esta o mês de sua assinatura.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos de ex-empregados, este contrato receberá reajuste por sinistralidade nos termos dos itens 2.1 a 2.3.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira de planos exclusivos de ex-empregados ultrapassar a meta de sinistralidade, fixada em ____% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas da carteira de planos exclusivos de ex-empregados, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário do contrato.

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

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

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (12 meses) na carteira de planos exclusivos de ex-empregados; e

Sm - Meta de Sinistralidade da carteira expressa em todos os contratos da carteira de planos exclusivos de ex-empregados.

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

4. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, 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.

5. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada,

sendo adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

7. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente contrato.

8. 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 nº 9656, de 1998.

9. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e divulgados no Portal Corporativo da operadora na Internet, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em vigor.

Tema: XIII - FAIXAS ETÁRIAS

Código de Identificação: DIJ0005893

Identificação do texto: Ativo preço único e inativo faixa etária - Depois da Vigência da RN 63/2003

Texto do Dispositivo:

As mensalidades dos beneficiários com vínculo inativo junto à pessoa jurídica contratante, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados, foram fixadas em função da idade do beneficiário inscrito, de acordo com as seguintes faixas etárias e conforme os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas:

PERCENTUAIS DE AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA PÓS RES. RN 63/2003

Faixa Etária	Valores de Mensalidades:	Percentuais de Reajustes:
00 a 18 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
19 a 23 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
24 a 28 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
29 a 33 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
34 a 38 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
39 a 43 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
44 a 48 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
49 a 53 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
54 a 58 anos de idade	R\$ (...)	(...) %
59 ou mais de idade	R\$ (...)	(...) %

Em havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito no presente Contrato, a mensalidade será reajustada, automaticamente, no mês subsequente ao da ocorrência, de acordo com os percentuais da tabela acima, que se acrescentarão sobre o valor da última da mensalidade, observadas a seguintes condições, conforme art. 3º, incisos I e II da RN 63/03:

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

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

Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária não se confundem com o reajuste financeiro anual.

Os beneficiários com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.

Não haverá diferenciação de mensalidade em função da faixa etária para os beneficiários com vínculo ativo

junto à pessoa jurídica contratante.

Tema: XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Código de Identificação: DIJ0005877

Identificação do texto: COLETIVO EMPRESARIAL - RN 279

Texto do Dispositivo:

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

1. A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

2.1 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

2.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

3 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

4 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

6. Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

7. O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

8. A condição de beneficiário deixará de existir:

- a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou
- b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado 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 (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
- c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos

seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

9. É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

10. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

- a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;
- b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;
- c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual Familiar;

Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Tema: XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

Código de Identificação: DIJ0004612

Identificação do texto: COLETIVO EMPRESARIAL

Texto do Dispositivo:

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

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.

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.

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

4. 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) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

Tema: XVII - RESCISÃO

Código de Identificação: DIJ0004630

Identificação do texto: COLETIVO EMPRESARIAL

Texto do Dispositivo:

SUSPENSÃO

1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

RESCISÃO

2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

2.1. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

a) fraud comprovada;

b) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;

c) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de ____ pessoas, ou ainda, nos ____ primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;

d) descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato.

3. Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (trinta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou

b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a ____% (o valor será preenchido no momento da contratação) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

4. Após a vigência do período de doze meses, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

5. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

Tema: XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Código de Identificação: XVIII CE

Identificação do texto: ODONTOLÓGICO

Texto do Dispositivo:

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Indicador de Serviços da Rede Odontológica, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ _____, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

São adotadas as seguintes definições:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica. Nos planos individuais, considera-se titular a pessoa física que faz a adesão a plano de saúde em seu nome e de seu grupo familiar. Os incapazes são representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma do Código Civil, para exercer atos junto à operadora.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

INDICADOR DE SERVIÇOS DA REDE: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

Tema: XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Código de Identificação: DIJ0003173

Identificação do texto: XXXII - ELEIÇÃO DE FORO

Texto do Dispositivo:

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio da Contratante.