

Proposta de Adesão ao Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Nº 1027

PLANO ODONTO MASTER II (ANS 407.643/99-5)

UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONTOLOGICA LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 88.938.089/0001-82, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 36.643-9, classificada na modalidade de cooperativa odontológica, com sede na cidade de Porto Alegre, RS, na Av. Independência, 914, neste ato representada na forma de seu estatuto, doravante denominada simplesmente Contratada.

SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.658.820/0032-60, com sede na cidade de Pelotas, RS, na Rua 15 de novembro, 224, Centro, neste ato representado na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE.

As partes acima qualificadas, por estarem assim, justas e contratadas, firmam a presente Proposta de Adesão, que, para os devidos fins de direito, faz parte integrante do contrato nº **1027**. Esta Proposta de Adesão será regida pelas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 1.1.A inclusão dos beneficiários será processada no ato da celebração do contrato e posteriormente, por meio de relação escrita, que integrará, para os devidos fins, o contrato por ora a ser firmado.
- 1.2.A CONTRATANTE responsabiliza-se, desde já, pela veracidade dos dados informados à CONTRATADA.
- 1.3.A CONTRATANTE receberá, a partir do encaminhamento do pedido de inclusão dos beneficiários, os cartões de identificação de beneficiários para atendimento junto aos dentistas cooperados da CONTRATADA.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PAGAMENTO

- 2.1. Formação do preço: **PRÉ-ESTABELECIDA**.
- 2.2. A título de **Inscrição de beneficiário** será cobrado o valor de **R\$ 10,00 (dez reais)**, por beneficiário.
- 2.3. O valor da mensalidade, por beneficiário, pactuado entre as partes será de **R\$ 21,90 (vinte e um reais e noventa centavos)**.
- 2.4. Para emissão de segunda via de carteira de identificação de beneficiário será cobrado o valor de **R\$ 10,00 (dez reais)** da CONTRATANTE.

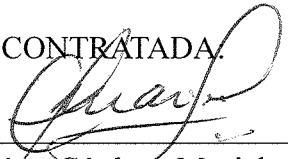
CLÁUSULA TERCEIRA – DA REPRESENTAÇÃO

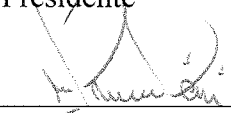
- 3.1. As pessoas físicas que firmam este instrumento em nome das empresas declaram que têm regulares poderes de representação, respondendo, civil e criminalmente, pela veracidade desta declaração e pelas suas consequências.

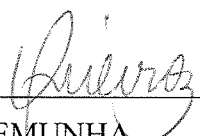
Esta proposta de Adesão é parte integrante do contrato nº **1027**, do plano privado de assistência à saúde, registrado na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) sob o número **407.643/99-5**.

Porto Alegre, 01 de abril de 2016.

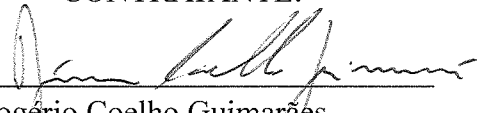
CONTRATADA:


Júlio César Córdova Maciel
Presidente

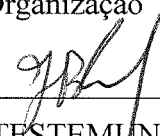

Luis Carlos Montanari
Vice-Presidente


TESTEMUNHA
Andoel Fabiano de Queiroz Pereira
CPF: 677.123.390-15

CONTRATANTE:


Rogério Coelho Guimarães
Coordenador do Colegiado de Ação


Marco Antonio Maciel Vaz
Coordenador do Colegiado de
Organização


TESTEMUNHA
José Borges Leal
CPF: 336.744.340-91

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

PLANO: ODONTO MASTER II (ANS 407.643/99-5) CONTRATO Nº 1027

CONTRATO CELEBRADO ENTRE UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONTOLÓGICA LTDA. E SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL, PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS A POPULAÇÃO QUE MANTENHA COM A CONTRATANTE VÍNCULO DE CARÁTER PROFISSIONAL, CLASSISTA OU SETORIAL, BEM COMO AOS DEPENDENTES DESTES, EM REGIME DE CONTRATAÇÃO COLETIVO POR ADESÃO.

UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONTOLOGICA LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº **88.938.089/0001-82**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **36.643-9**, classificada na modalidade de cooperativa odontológica, com sede na cidade de **Porto Alegre, RS, na Av. Independência, 914**, neste ato representado na forma de seu estatuto, doravante denominada simplesmente CONTRATADA.

SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES FEDERAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **03.658.820/0032-60**, com sede na cidade de **Pelotas, RS, na Rua 15 de novembro, 224, Centro**, neste ato representado na forma de seus atos constitutivos, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS DADOS GERAIS

- 1.1 Nome comercial do plano: **ODONTO MASTER II**
- 1.2 Número de registro do plano na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): **407.643/99-5**
- 1.3 O presente contrato caracteriza-se pela contratação Coletiva por Adesão.
- 1.4 A área geográfica de abrangência dos serviços ora contratada é caracterizada como Nacional.

- 1.5 O presente contrato tem como objeto a prestação continuada de assistência exclusivamente odontológica.
- 1.6 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- 1.7 Para ser beneficiário titular do presente contrato, necessariamente, deverá haver o vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; e as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395 de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985;
- 1.8 O atendimento será realizado exclusivamente pela rede cooperada de cirurgiões-dentistas da UNIODONTO, não conferindo o plano direito a qualquer hipótese de reembolso de despesas odontológicas em razão da livre escolha, pelo beneficiário, de cirurgiões dentistas não integrantes da rede, salvo as decorrentes de procedimentos de urgência e emergência nas condições previstas neste contrato (vide a seção “Atendimento de Urgência e Emergência”).

CLÁUSULA SEGUNDA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 2.1. Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso. I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.
- 2.2. 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.

CLÁUSULA TERCEIRA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 3.1. Plano privado de assistência à saúde Coletiva por Adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com o CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.
- 3.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: **vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.**
- 3.2.1. 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, netos, enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;

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

3.3. A inclusão do beneficiário titular, bem como dos respectivos dependentes será processada no ato de celebração do instrumento contratual sendo que após firmado a inclusão dar-se-á até o dia **20 de cada mês**, por meio de relação escrita, que integra este contrato para todos os fins de direito.

3.4. O pedido de inclusão dos beneficiários deverá conter **todos os dados necessários para a inscrição dos beneficiários junto ao cadastro de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, cabendo a CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela CONTRATADA para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

3.5. O pedido de inclusão de beneficiário pela CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados no contrato de prestação de serviços odontológicos a ser firmado com a CONTRATADA, podendo, sempre que necessário, a CONTRATADA solicitar a CONTRATANTE documento hábil que permita comprovação dos dados informados.

3.6. 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.

CLÁUSULA QUARTA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. 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 do Plano Odontológico editado pela ANS, bem como suas atualizações.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia

EXAMES

- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial)
- Teste de Fluxo Salivar

RADIOLOGIA

- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante

- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária
- Teste de Ph salivar

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa

Periodontal

- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila

- Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios
- Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos
- Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

PRÓTESE

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

Protética

- 4.2. Os procedimentos cobertos poderão estar sujeitos aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

CLÁUSULA QUINTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

- 5.1. 1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução destes procedimentos;
- c) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes da execução de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- d) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- e) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- f) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- g) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- h) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- i) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- j) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- l) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- m) restaurações para fins estéticos;
- n) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;

o) atos de implante e prótese;

p) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos e ortodônticos removíveis; e

q) os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA SEXTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de **24 (vinte e quatro)** meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

6.2. 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.

CLÁUSULA SÉTIMA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos de:	Prazo máximo legal	Prazo contratado
Urgência/Emergência	24 horas	24 horas
Diagnóstico	180 dias	SEM CARÊNCIA
Condicionamento	180 dias	SEM CARÊNCIA
Radiologia	180 dias	SEM CARÊNCIA
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	SEM CARÊNCIA
Dentística	180 dias	SEM CARÊNCIA
Periodontia	180 dias	SEM CARÊNCIA
Endodontia	180 dias	SEM CARÊNCIA
Cirurgia	180 dias	SEM CARÊNCIA
Prótese	180 dias	SEM CARÊNCIA
Demais Casos	180 dias	SEM CARÊNCIA

7.1.2. Em caso de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

7.1.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo BENEFICIÁRIO.

7.2. Não será exigido o cumprimento de carências se:

7.2.1. A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato.

7.2.2. O beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e

formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo.

CLÁUSULA OITAVA – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

- 8.1. Não há cobertura parcial temporária ou agravamento na contraprestação em razão de doença ou lesão pré-existente à contratação.

CLÁUSULA NONA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 9.1. 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.

- 9.1.2. 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

- 9.2. 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.

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

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela CONTRATADA, solicitando o reembolso;
- b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do beneficiário, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados;
- d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

9.2.2. 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.

CLÁUSULA DÉCIMA – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

- 10.1. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente ou a página da Internet www.uniodonto.com.br e/ou www.uniodontopoa.com.br, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO, marcando dia e hora para consulta.
- 10.2. Sempre que solicitado pelo cirurgião-dentista escolhido, o beneficiário deverá apresentar seu cartão individual de identificação junto de carteira de identidade oficial.
- 10.3. Não havendo em algum município atendimento de especialidade odontológica coberta pelo plano, o beneficiário deverá buscá-lo através de cirurgião-dentista integrante da rede Uniodonto em outra localidade dentro da área geográfica de abrangência contratada.
- 10.4. O cirurgião-dentista indicará se o plano de tratamento proposto necessita de autorização prévia, caso em que o beneficiário deverá obtê-la junto à Uniodonto local.
- 10.5. O cirurgião-dentista indicará se o plano de tratamento proposto necessita de orçamento prévio para a realização dos atos odontológicos por parte da UNIODONTO, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

- 10.6. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria, mediante solicitação do cirurgião-dentista, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.
- 10.7. Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo BENEFICIÁRIO diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.
- 10.8. A CONTRATADA e o CONTRATANTE, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderão realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.
- 10.8.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

- 10.9. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da CONTRATADA e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a CONTRATADA, cuja remuneração ficará a cargo da desta, bem como do odontólogo do beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

- 10.10. No ato da contratação é entregue ao Contratante o Manual do Beneficiário editado pela UNIODONTO, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços.
- 10.10.1. O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do Manual do Beneficiário na sede da UNIODONTO, bem como pelo serviço de tele-atendimento ou de internet.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

PROCEDIMENTOS

- 11.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- 11.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO a inscrição e a mensalidade nos valores relacionados na proposta de adesão.

- 11.2.1.** Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.
- 11.3.** Os pagamentos obedecem às seguintes regras:
- a) da inscrição, uma única vez, quando da inclusão de beneficiários, cobrada juntamente com mensalidade imediatamente vincenda;
 - b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano.
- 11.4.** As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subsequentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.
- 11.4.1.** O CONTRATANTE poderá solicitar que a cobrança se realize separadamente por filiais ou centros de custo, bastando, para tanto, comunicação escrita e assinada remetida à UNIODONTO, desde que respeitada, na inclusão de beneficiários, a mesma separação.
- 11.5.** As inscrições e mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.
- 11.5.1.** Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
- 11.5.2.** Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO para que não se sujeite às consequências da mora.
- 11.6.** Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.
- 11.6.1.** O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE em cadastro de restrição ao crédito.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - REAJUSTE

- 12.1. 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 IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado). Este será apurado no período de **12 (doze)** meses consecutivos, com uma antecedência de **1 (um)** mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.
- 12.1.2. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.
- 12.2. Independente do reajuste aludido na cláusula anterior, as partes poderão, a cada 12 (doze) meses e por instrumento aditivo, repactuar os preços ajustados visando manter o equilíbrio econômico do contrato.
- 12.2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de **70% (setenta por cento)%**, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.
- 12.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 12.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.
- 12.4. 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.
- 12.5. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – FAIXAS ETÁRIAS

- 13.1. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em função da idade dos beneficiários.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 14.1. A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:
- 14.1.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:
- a) pela rescisão do presente contrato;
 - b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
 - c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 14.1.2. 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.
- 14.2.** Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, mediante comunicação escrita.
- 14.3.** A falta de comunicação, nos termos desta cláusula, implica na subsistência das obrigações assumidas.
- 14.4.** A responsabilidade da Uniodonto sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do plano cessa na efetivação da exclusão, correndo as despesas a partir daí por conta do Contratante.
- 14.5.** 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.
- 14.6.** A Uniodonto poderá requerer, a qualquer tempo, comprovação do afastamento na forma da legislação previdenciária em vigor.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – RESCISÃO

SUSPENSÃO

- 15.1.** O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a **15 (quinze)** 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 beneficiários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

RESCISÃO

- 15.2.** 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.

- 15.2.1.** Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;

b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da CONTRATANTE;

c) 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;

d) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 15 (quinze) pessoas, ou ainda, nos 3 (três) primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;

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

15.2.2. Considera-se fraude:

a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários, na utilização do objeto deste contrato;

b) a utilização indevida do cartão individual de identificação, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;

c) a omissão ou a distorção de informações em prejuízo da Uniodonto ou do resultado de perícias ou exames, quando necessários.

15.2.3. No conceito de fraude incluem-se a má-fé e deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

15.3. Antes do término de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciarem o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de **60 (sessenta) 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 **40% (quarenta) por cento** do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

15.4. Após a vigência contratual por prazo determinado, o contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo **60 (sessenta) dias** de antecedência, sem ônus.

15.4.1. Durante o prazo de denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de

beneficiários.

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 16.1.** Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).
- 16.2.** 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\$ 10,00**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.
- 16.3.** Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.
- 16.4.** São adotadas as seguintes definições:
- 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, é independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.
- II - 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.
- III - ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.
- IV - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.
- V - 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.
- VI - CÁLCULO ATUARIAL:** é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

VII - CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

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

IX - CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

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

XI - CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação em termos percentuais ou valores monetários, para cada procedimento realizado, que, quando ocorrer, constituir-se-á parte integrante da mensalidade.

XII – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada a que o beneficiário tem direito.

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

XIV – CONTRATANTE: a pessoa jurídica (qualificada na Proposta de Adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde.

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

XVI – CONTRATO COLETIVO: é um contrato de adesão, cujo Contratante é uma pessoa jurídica.

XVII – COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional Uniodonto.

XVIII - 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. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

XIX - 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.

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

XXI - FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente

ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

XXII - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XXIII – LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais. (NÃO DISPONÍVEL A TODOS OS PLANOS).

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

XXV - ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

XXVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo Contratante.

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

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

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

XXX - PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo Contratante que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XXXI - SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as Uniodontos, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao Contratante, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XXXII - TABELA DE REFERÊNCIA: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde. Esta tabela está registrada no 1º Cartório de Títulos e Documentos de Pessoas Jurídicas de Porto Alegre, RS, sob o nº 1584574.

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

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

XXXV - UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentista, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

XXXI - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuado, na qualidade de titular ou dependente.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

- 16.5.** Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) Contratante, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.
- 16.6.** A Uniodonto não se responsabilizará:
- a)** por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores; tais despesas e riscos correm por conta exclusiva do Contratante;
 - b)** pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como: dentro do período de cumprimento de carência, após a exclusão do beneficiário, após o término da relação contratual, em fraude etc.
- 16.6.1.** É obrigação do Contratante, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato ou, ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação.
- 16.6.2.** O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer beneficiário, a critério da Uniodonto, ensejará pedido de indenização por perdas e danos em face do Contratante, bem como a exclusão do respectivo titular e suas consequências.
- 16.6.3.** Compreendem as perdas e danos os valores de procedimentos utilizados após a exclusão do beneficiário, os quais serão apurados pela Tabela de Referência.
- 16.6.4.** Em caso de exclusão do beneficiário, a responsabilidade do Contratante encerra com a entrega da respectiva carteira de identificação.
- 16.6.5.** Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão, término do contrato ou enquanto perdurar a suspensão do respectivo atendimento ou, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam beneficiários.
- 16.6.6.** Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o Contratante deverá comunicar, por escrito, o fato à Uniodonto, para cancelamento ou, quando for o caso, reemissão de cartão.
- 16.6.7.** O Contratante reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a Uniodonto Porto Alegre Cooperativa Odontológica LTDA. mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do Sistema Nacional Uniodonto.
- 16.6.8.** Em caso de comercialização deste contrato fora do estabelecimento da Uniodonto, fica garantido ao Contratante o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao da contratação, caso em que serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos nos valores descritos neste contrato e/ou na Tabela de Referência.
- 16.6.9.** A inserção de mensagens no recibo de cobrança dos valores contratados valerá como intimação do Contratante, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do respectivo pagamento.
- 16.6.10.** Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

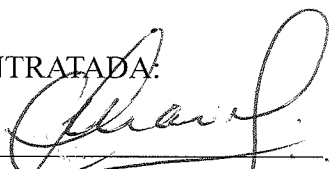
- 16.6.11.** Poderá a Uniodonto exigir documentação comprobatória das declarações do Contratante.
- 16.6.12.** O Contratante autoriza a Uniodonto a obter o diagnóstico dos beneficiários sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde; ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.
- 16.6.13.** Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão e demais anexos firmados pelos contraentes.
- 16.6.14.** Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

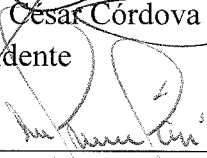
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

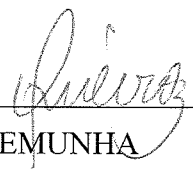
- 17.1.** Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Porto Alegre, 01 de abril de 2016.

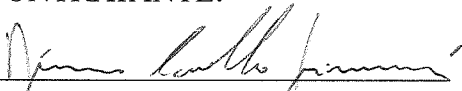
CONTRATADA:

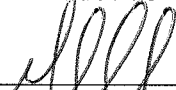

Júlio César Córdova Maciel
Presidente

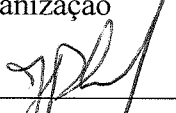

Luis Carlos Montanari
Vice-Presidente


TESTEMUNHA
Andoel Fabiano de Queiroz Pereira
CPF: 677.123.390-15

CONTRATANTE:


Rogério Coelho Guimarães
Coordenador do Colegiado de Ação


Marco Antonio Maciel Vaz
Coordenador do Colegiado de
Organização


TESTEMUNHA
José Borges Leal
CPF: 336.744.340-91



PLANOS ODONTOLÓGICOS

PORTO ALEGRE

Operadora: Uniodonto Porto Alegre Cooperativa odontológica LTDA.

CNPJ: 88.938.089/0001-82

Nº de registro na ANS: 36643-9

Site: <http://www.uniodontopoa.com.br>

Tel.: 51 – 3302.4000

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Página do
Contrato

CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	1
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para a cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	3
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	8
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	9
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	11
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9

RESCISÃO/SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	15
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	14
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**Ministério
da Saúde**



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 – Glória – CEP: 20021-040
Rio de Janeiro – RJ

Disque-ANS: 0800 7019656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

ANEXO I
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Operadora: Uniodonto Porto Alegre Cooperativa odontológica LTDA.

CNPJ: 88.938.089/0001-82

Nº de registro na ANS: 36643-9

Site: <http://www.uniodontopoa.com.br>

Tel.: (51) 3302-4000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os **planos com contratação individual ou familiar** são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os **planos com contratação coletiva** são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial ou por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

Carências

Planos individuais ou familiares: É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos

Planos Coletivos:

Coletivo Empresarial com 30 participantes ou mais: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Coletivo Empresarial com menos de 30 participantes: É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.

Coletivo por Adesão: Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Mecanismo de regulação: É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

Reajuste:

Os **planos individuais ou familiares** precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Os **planos coletivos** não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Alterações na rede assistencial do plano

Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.

Regras de rescisão e/ou suspensão:

Nos **planos individuais ou familiares** a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superiores a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Nos **planos coletivos** as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos.

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais.

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcionais ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregado ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria.

ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998:

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque-ANS: 0800 701 9656
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 www.ans.gov.br
Rio de Janeiro – RJ ouvidoria@ans.gov.br