

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO
PLANO REFERENCIAL-EMPRESARIAL FAMILIA CONT.Nº 00792**

00792

A - DADOS GERAIS

Nº DE REGISTRO DA OPERADORA NA ANS: 34718-3
Nº DE REGISTRO DE PRODUTO ANS: 400.055/99-2
NOME DO PLANO: PLANO REFERENCIAL-EMPRESARIAL FAMILIA
CONTRATAÇÃO: COLETIVO EMPRESARIAL
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: GRUPO DE MUNICÍPIOS
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO
FORMAÇÃO DE PREÇO: PRÉ-ESTABELECIDO
VÍNCULO DO BENEFICIÁRIOS: COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATIVO
PLANO OPERA EXCLUSIVAMENTE COM LIVRE ESCOLHA: NÃO

B - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA CASA DE CAMPO GRANDE, com C.N.P.J: **03.276.524/0001-06** COM sede administrativa na **RUA EDUARDO SANTOS PEREIRA, 88-CENTRO-CEP: 79.002-250 Campo Grande- MS,** representada pelo(a) Sr(a) **ESACHEU CIPRIANO NASCIMENTO** portador(a) do **RG: 065.620-SSP/MS E CPF: 171.797.189-04.**

C - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

UNIODONTO DE CAMPO GRANDE - SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS, Pessoa Jurídica de direito privado com C.N.P.J /M.F. nº/ 03.511.888/0001-15, com sede (Matriz) localizada á Rua Antonio Maria Coelho, 1463 – CEP 79.002-221- Centro / Campo Grande – MS, representada neste ato por seu Presidente, **Dr. FERNANDO JAIME CAVALLI**, CPF: 061.920.409-58 e RG Nº 94128110 PC/PR e, pelo Tesoureiro, **Dr.DANILO RODRIGUES BREDA**, CPF:002.502.131-17 e RG nº 001610757 PC/MC, conforme disposições do Estatuto Social.

P

A.

1.

CLÁUSULA I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1) 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.

1.2) 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 II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1) 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.

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

- a) Os empregados, exceto os trabalhadores em período de experiência, contratados por prazo determinado, estagiários e menores aprendizes;
- b) Sócios da pessoa jurídica contratante;
- c) Os administradores da pessoa jurídica contratante;
- d) Os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante;

2.3) 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,;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) Os pais;
- f) Netos.

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

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



CLÁUSULA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1) 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 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;

3.2) 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;

3.3) 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

3.4) A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos, conforme rol de procedimento editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e 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



3

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 PH Saliva

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

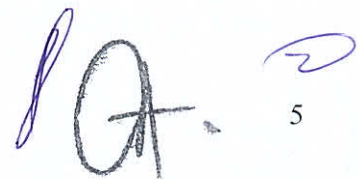
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário;
- Enxerto Gengival;
- Enxerto Pediculado;
- Tunelização

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

CLÁUSULA IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1) 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;
- k) Procedimentos com finalidade estética;
- 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 V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1) O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

5.2) 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, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

CLÁUSULA VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1) Os beneficiários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

Procedimentos de Cobertura	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	00 dia
Diagnóstico	30 dias
Condicionamento	90 dias
Exames	30 dias
Radiologia	30 dias
Prevenção em Saúde Bucal	30 dias
Dentística	30 dias
Periodontia	60 dias
Endodontia	60 dias
Cirurgia	90 dias
Prótese	90 dias

6.2) Em caso de urgência/ emergência, o atendimento é imediato a partir da adesão;

6.3) A Contagem de carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo Beneficiário;



 7

6.4) Não será exigida carência quando houver **30 (trinta) beneficiários** ou mais no momento da adesão do Beneficiário.

CLÁUSULA VII - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

CLÁUSULA VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 – 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 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 da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso.
- IX - Reimplante de dente avulsionado: Consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

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

8.2 – DO REEMBOLSO

8.2.1- 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.



8.3 - O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à **CONTRATADA** os seguintes documentos originais:

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, 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.

8.3.1 - 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 IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1) Não há aplicabilidade em função da operacionalidade ser por rede própria de prestadores;

CLÁUSULA X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS:

10.1 - Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o **BENEFICIÁRIO**, verificando previamente o Manual do Beneficiário vigente ou através da Internet no endereço <http://www.uniodontocampogrande.com.br>, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede da **CONTRATADA** que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

10.2 - O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela **CONTRATADA**, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

10.3 - 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 cooperados.

10.4 - A **CONTRATADA** 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.

 9

10.5 - Aprovada a realização do tratamento, sua execução deverá ser agendada pelo BENEFICIÁRIO diretamente com o cirurgião-dentista que a propôs.

10.5.1 - A CONTRATADA, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá 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.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

10.6 - 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 desta, bem como do odontólogo do beneficiário se este for pertencente à rede credenciada.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

10.7 - No ato da contratação é divulgado ao beneficiário a disponibilidade do **GUIA ODONTOLÓGICO** no site da CONTRATADA, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como os seus respectivos endereços. O endereço do sítio da CONTRATADA é <http://www.uniodontobelem.com.br>.

O beneficiário poderá ter acesso as atualizações do guia odontológico na sede da Contratada ou na internet, no sítio <http://www.uniodontocampogrande.com.br>

CLÁUSULA XI - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

11.1.1- 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.

11.2- 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 Boleto com vencimento para o **dia 25 (VINTE E CINCO) de cada mês.**

11.3- As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão ao preço unitário de **R\$16,73 (DEZESSEIS REAIS E SETENTA E TRÊS CENTAVOS)** por Titular e por dependente.

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

11.5- 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.

11.6- 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.

11.6.1- 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).

11.7- 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.

CLÁUSULA XII - 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 **Índice Geral de Preço do Mercado (IGPM) da Fundação Getúlio Vargas**. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 01 mês em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

12.2- Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

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

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

$$R = \frac{S-1}{S_m}$$



11

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

Sm – Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

12.2.3- 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.

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

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

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

12.5- Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

CLÁUSULA XIII - FAIXAS ETÁRIAS

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

CLÁUSULA XIV - BÔNUS - DESCONTOS

14.1- Não há aplicabilidade

CLÁUSULA XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS

15.1-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 CONTRATADA o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a **Resolução Normativa 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);



Handwritten signature and initials in blue ink, including a large 'A' and a small 'G'.

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 exempregados (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.

CLÁUSULA XVI - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFÍCIO

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

16.1.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

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

16.1.2- 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.

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

16.1.4- 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) por 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 9656/1998.

CLÁUSULA XVII - RESCISÃO

SUSPENSÃO

17.1- 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:

17.2-. 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.

17.2.1. 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 conseqüências moratórias;
- d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de **10 (dez)** pessoas, ou ainda, nos **03 (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.

17.2.2- 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 (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 **10% (dez)** do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

17.3- 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.

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

CLÁUSULA XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DISPOSIÇÕES

18.1- Integram este contrato, para todos os fins de direito, a **Proposta de Admissão** assinada pelo(a) Contratante, o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS)** e o **Guia de Leitura Contratual (GLC)**.

18.2- Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, 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\$ 20,00 (vinte reais)**, sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

18.3- 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.

18.4- **São adotadas as seguintes definições:**

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

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.

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.

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.

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

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: 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. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

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.

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.

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.

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

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

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.

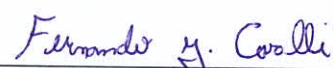
CLÁUSULA XIX - ELEIÇÃO DE FORO

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

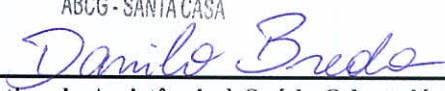
Campo Grande (MS, 01 DE FEVEREIRO DE 2019).



Contratante Esacheu Cipriano Nascimento
Representante Legal Presidente
ABCG - SANTA CASA



Cooperativa de Assistência à Saúde Odontológica
Fernando Jaime Cavalli
Presidente



Cooperativa de Assistência à Saúde Odontológica
Danilo Rodrigues Breda
Tesoureiro

Testemunhas:

- 1) Nome: _____
CPF: _____
- 2) Nome: _____
CPF: _____