

Plano Modelar

INDIVIDUAL E FAMILIAR

**Dental
Med Center**

Planos Odontológicos

NOSSO PLANO É O SEU SORRISO.

Contratante									
CPF				RG			CNS (Carteira Nacional de Saúde)		
Nome da mãe				Sexo () M () F		Estado civil () solteiro () casado () viúvo () outros			Data de nascimento
Naturalidade		UF	Nacionalidade			Escolaridade			
End. Residencial					Nº	Logradouro			
Bairro		Cidade			UF	CEP			
Telefone residencial			Celular			Telefone comercial			
E- mail				Empresa onde trabalha					
Tipo de plano:				Data do pagamento:			Vigência do Contrato: 12 Doze Meses		
Valor do Plano: R\$ [] [] [] [] , (_____) por cada usuário									
Valor do Total: R\$ [] [] [] [] , (_____)									
Carência: 24h para Urgência _____ dias para cirurgia _____ dias para endodontia _____ dias para periodontia _____ dias para prótese 30 dias para demais procedimentos									
Nome do Beneficiário 1				CPF			Sexo	Estado Civil	
Data de nascimento		Telefone	Parentesco		Nome da mãe do beneficiário 1				
CNS (Carteira Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			Naturalidade			
Nome do Beneficiário 2				CPF			Sexo	Estado Civil	
Data de nascimento		Telefone	Parentesco		Nome da mãe do beneficiário 2				
CNS (Carteira Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			Naturalidade			
Nome do Beneficiário 3				CPF			Sexo	Estado Civil	
Data de nascimento		Telefone	Parentesco		Nome da mãe do beneficiário 3				
CNS (Carteira Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			Naturalidade			
Nome do Beneficiário 4				CPF			Sexo	Estado Civil	
Data de nascimento		Telefone	Parentesco		Nome da mãe do beneficiário 4				
CNS (Carteira Nacional de Saúde)			DNV (Declaração de Nascido Vivo)			Naturalidade			

DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, declaro que recebi e li o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, antes da assinatura da minha proposta de adesão ao plano odontológico da DENTAL MED CENTER.

USO EXCLUSIVO DA EMPRESA

Informações para fins cadastrais: () titular usuário () alteração de cadastro
() pessoa física () funcionário público () titular passa a ser usuário () titular não usuário

- Se o contratante for menor de 16 anos quem assina o contrato é somente o pai/a mãe/o tutor;
- Se o contratante for menor de 18 e maior de 16 anos, o contrato é assinado pelo pai ou mãe ou tutor e também pelo menor;
- Se o contratante for maior, mas incapaz declarado judicialmente (ex: pessoas com deficiência mental) quem assina o contrato é somente o curador (que pode coincidir com o pai e a mãe).

_____ de _____ de _____

CONTRATANTE



BEM-VINDO À DENTAL MED CENTER

Caro Cliente,

Agradecemos a sua escolha. A DENTAL MED CENTER tem orgulho de recebê-lo e cuidar da sua saúde bucal.

Somos uma empresa especializada em Odontologia de Grupo, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 413941, com autonomia administrativa e financeira. Pretendemos ser modelo de Excelência no tratamento à saúde bucal, oferecendo qualidade, conforto e segurança aos nossos usuários.

A DENTAL MED CENTER foi criada em 20 de julho de 2000 e conta hoje com uma ampla rede credenciada de cirurgiões-dentistas, inúmeros fornecedores, funcionários e parceiros à disposição de todos os nossos usuários. Além de seus números, temos um sério compromisso social em tornar a Odontologia ao alcance de todos.

Lembrados que os dados cadastrais dos dentistas credenciados e prestadores de serviço poderão sofrer alterações sem aviso prévio. Qualquer dúvida ligue ou consulte o nosso site.

O compromisso da DENTAL MED CENTER é com o bem-estar de seus usuários. Portanto, estamos permanentemente abertos para sugestões, reclamações ou qualquer esclarecimento de dúvidas. A sua opinião é muito importante para o aprimoramento dos nossos serviços e a sua confiança será sempre um estímulo para melhorarmos cada vez mais.

Nosso Plano é o Seu Sorriso.

Luciano Oliveira dos Santos

Presidente

Cláusula	Assunto	Página
01 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA		1
02 - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE		1
03 - OBJETO DO CONTRATO		1
04 - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS		1
05 - TIPO DE CONTRATAÇÃO		2
06 - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL		2
07 - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA		2
08 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA		2
09 - ATRIBUTOS DO CONTRATO		3
10 - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO		3
11 - BENEFICIÁRIO TITULAR		3
12 - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS		4
13 - EXCLUSÕES CONTRATUAIS		5
14 - DURAÇÃO DO CONTRATO		5
15 - CARÊNCIAS		5
16 - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES		5
17 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		6
18 - MECANISMOS DE REGULAÇÃO		6
19 - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE		7
20 - REAJUSTE		7
21 - FAIXAS ETÁRIAS		8
22 - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO		8
23 - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD		8
24 - RESCISÃO/SUSPENSÃO		10
25 - ELEIÇÃO DO FORO		10
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE		11

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA “MODELAR” REGISTRO DO PRODUTO ANS 487706203

**Sociedade de Assistência Odontológica de Grupo - Dental Med Center/RN
CNPJ: 04.067.810/0001-16**

CONTRATO DE COBERTURA DOS CUSTOS DOS PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA “MODELAR” que estabelece a relação entre a SOCIEDADE DE ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA DE GRUPO/RN - DENTAL MED CENTER/RN doravante denominada DENTAL MED CENTER, e a CONTRATANTE, denominado como responsável na Proposta Contratual Pessoa Física, adjunta, em que ambos se encontram devidamente qualificados, sendo beneficiárias somente as pessoas por esta indicadas, regendo-se pelas cláusulas a seguir.

1 - CLÁUSULA PRIMEIRA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

- 1.1 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE GRUPO, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob o nº 04.067.810/0001-16 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 41.394-1, empresa de odontologia de grupo, com sede na Avenida Rio Branco, 440, Bairro Cidade Alta, Natal, Rio Grande do Norte, CEP: 59.025-000, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada CONTRATADA.

2 - CLÁUSULA SEGUNDA

QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

- 2.1 A CONTRATANTE é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na Proposta Contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.
- 2.2 A CONTRATANTE é identificada também neste contrato como BENEFICIÁRIO titular, devendo indicar expressamente na Proposta Contratual os BENEFICIÁRIOS dependentes.

3 - CLÁUSULA TERCEIRA

OBJETO DO CONTRATO

- 3.1 O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela CONTRATADA das despesas com os procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos BENEFICIÁRIOS indicados pela CONTRATANTE e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

4 - CLÁUSULA QUARTA

NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

- 4.1 O plano odontológico assegura a cobertura de custos das despesas odontológicas na rede credenciada, tudo de acordo com o plano definido pelo BENEFICIÁRIO, no momento da assinatura da solicitação de adesão, descrito a seguir:
- 4.2 O Plano Modular registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 487706203, assegura aos BENEFICIÁRIOS a cobertura de custos das despesas odontológicas para os procedimentos descritos na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no

atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA.

- 4.3 A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela CONTRATADA através de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.
- 4.4 A abrangência geográfica da rede credenciada é Grupo Estadual.
- 4.5 A rede credenciada a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência constantes na relação de profissionais cadastrados pela CONTRATADA.
- 4.6 Nos planos de rede credenciada, a CONTRATADA fará o reembolso das despesas com atendimento de urgência comprovada, nas cidades onde não haja dentistas ou clínicas de urgência credenciada, respeitando-se as normas administrativas referentes ao reembolso.

5 - CLÁUSULA QUINTA

TIPO DE CONTRATAÇÃO

- 5.1 O tipo de contratação deste plano é Individual/Familiar e, para fins deste contrato, caracteriza-se como familiar quando facultada à CONTRATANTE a inclusão de seus dependentes.
- 5.2 Entende-se por família o conceito presente no art. 226, parágrafo 3º da Constituição Federal Brasileira.
 - a) Contrato Individual é aquele que tem apenas um BENEFICIÁRIO na condição de Titular, sem a existência de BENEFICIÁRIOS dependentes.
 - b) Contrato Familiar é aquele que tem como BENEFICIÁRIOS ambos os cônjuges e seus filhos solteiros com até 24 (vinte e quatro) anos de idade, não sendo permitida a inclusão de qualquer outro tipo de dependente.
- 5.3 CONTRATADA permitirá a inclusão dos(as) filhos(as) excluídos(as) pelo motivo descrito na cláusula TIPO DE CONTRATAÇÃO, em novo contrato, que deverá ser efetuado na sede da CONTRATADA, até 30 (trinta) dias após a data da exclusão, garantindo-lhe(s) o tempo de permanência para os benefícios cobertos no contrato anterior.
- 5.4 A extinção do vínculo de um dos cônjuges não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.
- 5.5 Os menores de 18 (dezoito) anos de idade somente poderão ser BENEFICIÁRIOS titulares de um contrato, quando tiverem um responsável maior de idade podendo este não ser BENEFICIÁRIO do contrato.
- 5.6 A CONTRATANTE deverá responder por todos os dados incluídos na Proposta Contratual, apresentando os documentos indispensáveis para comprovação das informações prestadas, tais como: carteira de identidade, CPF, certidão de nascimento e/ou casamento.
- 5.7 A omissão de informações visando auferir vantagens para si próprio ou para qualquer outra pessoa, caracteriza ato ilícito previsto no art. 159 do Código Civil Brasileiro, acarretando a aplicação do art. 1.444 do mesmo Código, sem prejuízo de outras penalidades cabíveis.
- 5.8 O Contratante autoriza desde já, a receber mensagens de SMS, E-MAIL e WhatsApp referente a assuntos relacionados a este contrato.

6 - CLÁUSULA SEXTA

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

- 6.1 A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

7 - CLÁUSULA SÉTIMA

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

- 7.1 Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica grupo de municípios, em consonância com a classificação estabelecida na RN nº 100 da ANS, de 6 de junho de 2005, ou outra que venha a sucedê-la, cujo conteúdo pode ser encontrado no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): www.ans.gov.br.

7.2 A CONTRATADA disponibilizará o Orientador Odontológico em sua página corporativa através do seguinte link: www.dentalmedcenter.com.br com a lista de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

8 - CLÁUSULA OITAVA

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

8.1 Estes são os Municípios que fazem parte da área geográfica de abrangência: Extremoz, Parnamirim, Macaíba, Natal, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, João Câmara, Maxaranguape, Mossoró, Nízia Floresta, Nova Cruz, Santa Cruz, São Miguel do Gostoso, São Paulo do Potengi, Touros, Monte Alegre, João Câmara, Macau, Senador Georgino Avelino, São Tomé, Vila Flor, São José de Mipibu, Jundiá, Passagem, Goianinha, Espírito Santo, Ielmo Marinho, Santana do Matos, Assu, Guamaré e Jandaíra.

9 - CLÁUSULA NONA

ATRIBUTOS DO CONTRATO

- 9.1 O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art. 1º, da Lei nº. 9.656/98, visando a assistência odontológica com cobertura para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.
- 9.2 O presente contrato de adesão reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a CONTRATANTE o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela in ocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la.
- 9.3 Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº. 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la.

10 - CLÁUSULA DÉCIMA

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

- 10.1 Para todos os efeitos deste contrato, BENEFICIÁRIO TITULAR CONTRATANTE é a pessoa natural, com ou sem grupo familiar.
- 10.2 Serão considerados como BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES, com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao BENEFICIÁRIO TITULAR, para todos os efeitos deste contrato:
- O (a) cônjuge;
 - Os (as) filhos (as) solteiros (as) até 21 anos;
 - Os (as) filhos (as) solteiros (as) até 24 anos, desde que matriculados em instituição de ensino superior;
 - A inscrição do filho adotivo menor de 12 anos é garantida, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9656/1998);
 - O enteado e os menores sob a guarda por força de decisão judicial, que ficam equiparados aos filhos;
 - O (a) companheiro (a) que comprove união estável conforme Lei Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- 10.3 A CONTRATANTE, por ocasião da adesão ao Plano, deverá fornecer à OPERADORA, os seguintes dados pessoais, seus e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES e AGREGADOS, para a respectiva admissão:
- Nome completo, sem abreviação de qualquer espécie;
 - CPF do Usuário Titular e seus dependentes, quando couber;
 - Data de nascimento;
 - Nome completo sem abreviação de qualquer espécie da genitora de todos os Usuários inscritos;
 - Endereço completo do Usuário Titular com CEP.

- 10.4 A inclusão de dependentes, posterior à adesão ao Contrato, se dará exclusivamente mediante solicitação expressa do BENEFICIÁRIO TITULAR, sendo o dependente incluído obrigatoriamente no mesmo Plano e sujeitando-se aos prazos de carência cumpridos pelo

BENEFICIÁRIO TITULAR

- 10.5 A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes e agregados já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

11 - CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

BERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

- 11.1 A cobertura se dará nos limites do plano definido, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros, a área de abrangência estabelecida no contrato e as hipóteses previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e vigente à época do evento; sendo certo, ainda, essa cobertura desde que realizada nos limites do contrato.
- 11.2 Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os seguintes procedimentos:
- 11.3 Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS que pode ser consultado através dos sites www.ans.gov.br ou www.DENTALMEDCENTER.com.br.

12 - CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

EXCLUSÕES CONTRATUAIS

- 12.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na data do evento, para a segmentação Odontológica, estão excluídos da cobertura do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:
- 12.2 Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- 12.3 Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- 12.4 Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;
- 12.5 Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;
- 12.6 Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões dentistas não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- 12.7 Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporomandibular);
- 12.8 Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- 12.9 Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- 12.10 Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- 12.11 Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- 12.12 Transplantes ósseos;
- 12.13 Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;
- 12.14 Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- 12.15 Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- 12.16 Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;

- 12.17 Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- 12.18 Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;
- 12.19 As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- 12.20 Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- 12.21 Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;
- 12.22 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.23 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 12.24 Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- 12.25 Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- 12.26 Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento;
- 12.27 Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- 12.28 Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- 12.29 Cirurgias e Tratamentos a laser;
- 12.30 Clareamento dentário;
- 12.31 Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;
- 12.32 Renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;
- 12.33 Transporte do paciente.

13 - CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

DURAÇÃO DO CONTRATO

- 13.1 Este contrato terá o início de vigência a partir da data de sua assinatura, da proposta de adesão ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro e terá duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos, com renovação automática e prorrogando-se por prazo indeterminado.
- 13.2 Não será exigida pela CONTRATADA cobrança de taxa ou de qualquer outro valor como condição para a renovação do presente contrato.

14 - CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

CARÊNCIAS

Carência é o período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato, exceto urgências.

- 14.1 Serão observados os seguintes prazos de carência, a contar da data de assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que ocorrer primeiro:
 - a) 24 (vinte e quatro) horas para os casos de urgência e emergência;
 - b) 90 (noventa) dias para procedimentos de periodontia;
 - c) 90 (noventa) dias para procedimentos endodônticos;
 - d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos de próteses (coroa ANS);
 - e) 90 (noventa) dias para procedimentos cirúrgicos
 - f) Demais procedimentos após o primeiro pagamento.
- 14.2 Para os casos de urgência e emergência, o prazo de carência não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) horas.

15 - CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

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

16 - CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 Estão cobertos os atendimentos aos casos de urgência e emergência, incluindo os seguintes procedimentos:

- a) Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
- b) Tratamento de odontalgia aguda;
- c) Imobilização dentária temporária;
- d) Recimentação de peça/trabalho protético;
- e) Tratamento de alveolite;
- f) Colagem de fragmentos dentários;
- g) Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
- h) Reimplante de dente avulsionado com contenção.

16.2 Fica assegurado ainda reembolso, nos limites das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela CONTRATADA.

16.3 O valor do reembolso nas urgências e emergências não pode ser inferior ao da tabela praticada pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo produto, conforme disposto no art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98.

16.4 As despesas serão reembolsadas de acordo, com a relação de preços de serviços odontológicos praticados pela CONTRATADA, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias, devendo o Beneficiário, para tanto, apresentar os documentos relacionados a seguir:

16.4.1 Relatório do odontólogo assistente, declarando diagnóstico, tratamento efetuado e data do atendimento;

16.4.2 Recibo ou nota fiscal de honorários dos assistentes, auxiliares, anestesistas e outros, discriminando as funções a que se referem.

16.5 O reembolso será efetuado através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de entrega da documentação completa, nos escritórios da CONTRATADA.

16.6 Fica estabelecido o prazo de um ano de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos.

17 - CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

17.3 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 pertencentes à Rede.

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

também pelo Beneficiário.

- 17.5 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.
- 17.6 Na aplicação da auditoria odontológica inicial, 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.
- 17.7 Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 17.8 Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempataador, será paga pela CONTRATADA.

18 - CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

- 18.1 Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.
- 18.2 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.
- 18.3 A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.
- 18.4 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, nos prazos convencionados, os valores a seguir:
 - a) taxa de adesão de acordo com o tipo de plano escolhido no ato da assinatura da proposta e do contrato;
 - b) Contribuições mensais, nas datas de seus vencimentos, de acordo com o preço estipulado na tabela de vendas da CONTRATADA.
- 18.5 PARÁGRAFO PRIMEIRO: O contratante obriga-se a pagar a 1ª (primeira) mensalidade com 30 (trinta) dias após a entrega da proposta de adesão, sendo as demais mensalidades na forma acordada nesta ficha de adesão e na data indicada na proposta.
- 18.6 PARÁGRAFO SEGUNDO: Caso o contratante opte por escolher dia diferente ao da 1ª (primeira) mensalidade para o pagamento das demais mensalidades do plano, a CONTRATADA reserva-se no direito de calcular o valor proporcional aos dias não pagos e cobrará este na 1ª (primeira) mensalidade subsequente.
- 18.7 PARÁGRAFO TERCEIRO: O fato de o CONTRATANTE, durante a vigência deste contrato, não ter utilizado os serviços da cobertura contratual, não o exonera das mensalidades vencidas. Ou seja, mesmo que não utilize o serviço do plano, em um ou mais meses, o CONTRATANTE terá que pagar as mensalidades à CONTRATADA, enquanto durar o contrato.
- 18.8 PARÁGRAFO QUARTO: O CONTRATANTE declara ter ciência expressa e desde já autoriza o registro de seu nome em cadastro de inadimplentes, a exemplo do SPC E SERASA, na hipótese de inadimplência das parcelas contratadas. A data limite para pagamento da mensalidade na rede bancária não poderá ultrapassar 60 dias, a contar da sua data de emissão, sob pena de inclusão do nome do contratante no SPC e SERASA. Antes da inclusão do nome do contratante nos registros SPC e SERASA, haverá uma notificação antecipada de 10 dias, ao contratante.
- 18.9 PARÁGRAFO QUINTO: O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os prazos de carência estabelecidos neste contrato. A quitação de contraprestações pecuniárias mensais não quita débitos anteriores.
- 18.4.6 – PARÁGRAFO SEXTO: A solicitação de desligamento, do plano de assistência odontológica da CONTRATADA, não desobriga o CONTRATANTE do pagamento de débitos de sua responsabilidade.
- 18.10 As inscrições e os valores relativos às mensalidades serão pagos até seus respectivos vencimentos na sede da CONTRATADA, através de documento oficial da CONTRATADA, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.
- 18.11 O vencimento das mensalidades poderá ocorrer, a critério do CONTRATANTE, no dia de cada mês a ser indicado na proposta de admissão ao contrato.
- 18.12 PARÁGRAFO ÚNICO: Quando a data limite de pagamento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetivado no primeiro dia útil subsequente, sem qualquer ônus.
- 18.13 O não recebimento do boleto bancário, até a data do vencimento não prejudicará a exigibilidade do pagamento da mensalidade e/ou saldo devedor, para poder contar com as coberturas contratuais. Nestes casos, o CONTRATANTE

deve efetuar o pagamento a qualquer momento na sede da CONTRATADA, ficando esta obrigada a fornecer, quando solicitado, recibo avulso de quitação do débito.

- 18.14 PARÁGRAFO ÚNICO: Não será reconhecido o pagamento efetuado em qualquer outro lugar que não seja na Rede Bancária ou na sede própria da CONTRATADA, sem o comprovante devidamente autenticado pelo órgão recebedor da CONTRATADA.
- 18.15 O atraso no pagamento das mensalidades acarretará ao CONTRATANTE o pagamento dos seguintes valores, acrescidos à mensalidade:
- a) Multa contratual de 2% ao mês;
 - b) Juros de mora de 1% ao mês;
- 18.16 O CONTRATANTE será notificado no 50º (quingüésimo) dia, acerca do atraso do pagamento de 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sendo que, a partir de 60 dias, o contrato poderá ser suspenso ou rescindido.

19 - CLÁUSULA DÉCIMA NONA

REAJUSTE

- 19.1 Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, e dar-se-á mediante a aplicação do índice oficial de preços IGP-M.
- 19.2 Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item anterior, será estipulado novo índice a ser incorporado ao contrato mediante instrumento específico.
- 19.3 Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
- 19.4 Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (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 considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.
- 19.5 Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:
- $$R = S - 1Sm$$
- Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)
Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

20 - CLÁUSULA VIGÉSIMA

FAIXAS ETÁRIAS

- 20.1 Este contrato não tem seus preços fixados por faixa etária, assim, não há alteração de valores das contraprestações em decorrência da idade dos beneficiários.

21 - CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 21.1 Cessarão automaticamente as coberturas do Plano para o Beneficiário Dependente quando:
- 21.1.1 Beneficiário Titular solicitar por escrito sua exclusão;
 - 21.1.2 Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento, ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;
 - 21.1.3 O presente Contrato for rescindido;
 - 21.1.4 Em caso de fraude ao Plano ou dolo. Ressalvada a hipótese de rescisão prevista neste instrumento, a extinção do vínculo do Beneficiário Titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos Dependentes já inscritos o direito de manutenção nas mesmas condições

contratuais, desde que assumam as obrigações dele decorrentes, inclusive com a indicação de um responsável pelo pagamento dos valores relativos ao plano de saúde.

- 21.2 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente contrato, poderá firmar contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

22 - CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

RESPONSABILIDADE PELA SEGURANÇA DOS DADOS

- 22.1 A Operadora se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e de seus Dependentes e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei n° 13.709/2020.

TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS

- 22.2 À Operadora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular e de seus Dependentes durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas na Clausula Objeto Contratual e ainda após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei n° 13.709/2018.

23 - CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

RESCISÃO/SUSPENSÃO

- 23.1 Este Contrato de plano odontológico será rescindido e/ou suspenso imediatamente:
- a) No caso de qualquer fraude comprovada praticada pelo CONTRATANTE e/ou por qualquer Beneficiário Dependente ou Agregado, quando inscrito, na utilização deste plano odontológico;
 - b) Após o prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, de atraso no pagamento da contraprestação pecuniária nos termos da legislação e regulamentação vigentes.
- 23.2 Caso o CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato antes de transcorridos 12 (doze) meses da sua vigência inicial, ficará sujeito ao pagamento de multa pecuniária em favor da OPERADORA equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término da vigência inicialmente convencionada, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do parágrafo único do art. 416 do Código Civil vigente.
- 23.3 O pedido de cancelamento deverá ocorrer mediante aviso prévio à CONTRATADA, através de formalização por escrito, de acordo com as normas administrativas vigentes da CONTRATADA, ressalvadas as hipóteses previstas nas alíneas do item 2.6.3 desde Contrato.
- 23.4 No caso de cancelamento do Contrato, o valor relativo aos 20% (vinte por cento) das mensalidades que seriam devidas conforme previsto no item 23.2 acima será resultado da seguinte equação: valor anual do Contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses remanescentes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado, ainda, pelo percentual estabelecido no referido item.
- 23.5 Observado o disposto nos itens anteriores, a OPERADORA efetuará o acerto a débito ou a crédito, sendo que:
- i. Se a opção inicial foi pelo pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do Contrato, a OPERADORA providenciará o cancelamento destas parcelas futuras junto à administradora do cartão e poderá encaminhar para esta última o valor relativo à respectiva multa, a qual deverá ser paga em uma última parcela pelo Beneficiário ou cobrar via boleto.
 - ii. Se a opção inicial foi pelo pagamento à vista ou ainda que parcelado o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário ou débito

automático, a OPERADORA providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente que será calculado na forma do item 13.2 e subitens seguintes deste Contrato, conforme o caso, em conta corrente do CONTRATANTE, deduzindo o valor da respectiva multa.

- 23.6 Após o encerramento do Contrato, o CONTRATANTE também reconhece como dívida líquida e certa, sendo o pagamento de sua inteira responsabilidade, eventuais despesas decorrentes das coberturas odontológicas, previstas ou não neste Contrato, que a CONTRATADA possa a ser compelida a garantir por força de decisão judicial.
- 23.7 Na ocorrência do atraso no pagamento da contraprestação pecuniária a CONTRATADA deverá notificar o CONTRATANTE, até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, devendo este último, dentro do prazo de 10 (dez) dias corridos a contar da data do recebimento da notificação, se manifestar e apresentar suas considerações acerca do ocorrido, bem como, se for o caso, efetuar o(s) pagamento(s) em atraso.
- 23.8 Na hipótese do item 13.5 acima, não havendo manifestação expressa por parte do CONTRATANTE dentro do prazo estabelecido acima ou, se for o caso, não houver pagamento do(s) eventuais em atraso o plano odontológico poderá ser imediatamente cancelado.
- 23.9 No caso de rescisão por inadimplência do CONTRATANTE este responderá por todas as despesas geradas pelo(s) Beneficiário(s) por eventuais utilizações indevidas durante o período de suspensão, além da contraprestação pecuniária devida e outras despesas decorrentes deste Contrato e respectivos acréscimos legais, ressalvada a possibilidade de a OPERADORA inscrever os débitos perante os órgãos de proteção ao crédito e protestá-los judicial ou extrajudicialmente.
- 23.10 As garantias previstas no Contrato ficarão automaticamente e de pleno direito SUSPENSAS, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, se decorrido o prazo de vencimento da contraprestação pecuniária, sem que tenha sido efetuado o respectivo pagamento, respondendo a CONTRATADA apenas pelos eventos que venham a ocorrer durante o período coberto, respeitado o contido neste Contrato.
- 23.11 Caso tenha ocorrido a suspensão da cobertura, mas a contraprestação pecuniária devida seja paga até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao início da competência da primeira contraprestação pecuniária não paga, a mesma será reabilitada para os eventos ocorridos a partir do dia seguinte ao do reconhecimento do pagamento, respeitados os prazos de carência ainda não cumpridos.
- 23.12 A reabilitação de cobertura não ampara tratamentos ocorridos ou iniciados durante o período de suspensão, mesmo que sejam concluídos após a efetivação dos pagamentos da contraprestação pecuniária em atraso.
- 23.13 O pagamento da contraprestação pecuniária não quita contraprestação pecuniária anterior, nem dá ao Beneficiário direito às coberturas do plano odontológico, caso alguma contraprestação pecuniária de vencimento anterior não tenha sido quitada.
- 23.14 Quando ocorrer a rescisão, seja por qual motivo for, cessarão automaticamente as coberturas deste plano odontológico.
- 23.15 Caso o presente Contrato seja celebrado eletronicamente na forma prevista na Resolução Normativa/ANS nº 413/2016, poderá o CONTRATANTE exercer o direito de arrependimento e rescindir o presente Contrato unilateralmente em até 7 (sete) dias úteis contados a partir da data de vigência inicial, ocasião em que se declara ciente e concorde de que esta ocorrerá sem ônus financeiro para o CONTRATANTE desde que não tenha ocorrido nenhuma utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados.
- 23.16 Na hipótese do item 23.15 acima, caso tenha ocorrido qualquer utilização do plano por quaisquer dos Beneficiários vinculados deverá o CONTRATANTE ressarcir à OPERADORA os valores relativos aos eventos/procedimentos realizados em montante que não será superior ao valor da multa rescisória prevista no item 23.2 deste Contrato.

24 - CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

ELEIÇÃO DO FORO

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

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 o 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:

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei N° 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 para demais procedimentos.	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 a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos 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.	
COBERTURA	Sendo constatado no ato da contratação	Coletivo Empresarial	

PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado a operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência a saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RNº162/2007.	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
	Coletivo por Adesão		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será 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 Nº63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados as 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 a 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	

		<p>monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>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 N° 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>A alteração 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.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>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 superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50° dia de inadimplência.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

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 congêneres, 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 a co-participação 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 a 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 proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde com empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador 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 a 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. 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



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



Ministério da Saúde
Disk-ANS: 0800-701-9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Dental Med Center

Planos Odontológicos

NOSSO PLANO É O SEU SORRISO.

AGENDE SUA CONSULTA
PELO WHATSAPP



(84) 9-8802-4098

DISPONÍVEL PARA TODAS AS UNIDADES

UNIDADES

CENTRO
3133 3566

ZONA NORTE
3133 3570

PARNAMIRIM
3133 3560

GOIANINHA
3133 3579

SANTA CRUZ
3133 3574