

Plano Odontológico Empresarial



Conheça as Características e
Benefícios do seu **Planos Dentário**

Nome comercial ANS: BMO.PE100
Registro ANS: 475.366/16-6
GLC - Guia de Leitura Contratual
Contrato de Plano Odontológico



	Guia de Leitura Contratual	Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual ou Familiar, Coletivo por Adesão e Coletivo Empresarial.	3
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológico e suas combinações.	3
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas.	4
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	4
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O consumidor deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	6
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o consumidor não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	6
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	7
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o consumidor não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	8
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	9
RESCISÃO SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	9
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias. O reajuste por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do consumidor.	13

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

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa – RN nº 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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA

1 CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 – BEM MAIS ODONTO OPERADORA ODONTOLÓGICA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.192.597/0001-25, com registro na Agência Nacional de saúde Suplementar sob o nº 41.787-4, com sede na R. Abel Tavares, 2576, CEP 03810-110, Cidade São Paulo, no Estado SP, 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 jurídica qualificada e identificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento, e que constitui, na condição de BENEFICIÁRIO, a população que com ela mantém vínculo de caráter empregatício ou estatutário.

2.2 – A CONTRATANTE deve incluir, na data de início da vigência deste contrato, no mínimo, 2 (dois) BENEFICIÁRIOS entre titulares e dependentes sem limites máximo de BENEFICIÁRIOS, sendo esta a quantidade mínima para início e manutenção do contrato.

2.3 – É BENEFICIÁRIO titular a pessoa habilitada como tal na proposta contratual, ou que venha a ser incluída posteriormente, que mantenha com a CONTRATANTE relação empregatícia ou estatutária, de acordo com as condições previstas neste contrato.

2.4 – É BENEFICIÁRIO dependente a pessoa vinculada ao BENEFICIÁRIO titular, tal como definido na cláusula que trata das condições de admissão.

2.5 – No conjunto, BENEFICIÁRIOS titulares e BENEFICIÁRIOS dependentes serão denominados simplesmente BENEFICIÁRIOS.

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 prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS indicados pela CONTRATANTE, nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado, em obediência ao que estabelece a 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 indicado a seguir assegura a cobertura de custos das despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do BENEFICIÁRIO ou reembolso, quando este estiver previsto no plano escolhido pela CONTRATANTE, no momento da assinatura da proposta comercial.

a) BMO.PE100 – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica por grupo de municípios, com coparticipação/franquia, assegurando aos BENEFICIÁRIOS a cobertura coparticipativa/franquia de custos das despesas odontológicas, desde que os dentistas e demais serviços envolvidos no atendimento ao BENEFICIÁRIO façam parte da rede credenciada da CONTRATADA, para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.

4.2 – O número de registro da ANS do plano consta descrito na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

5 CLÁUSULA QUINTA TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 – O tipo de contratação deste plano é Coletivo Empresarial, ou seja, aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

6 CLÁUSULA SEXTA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

6.1 – A segmentação assistencial do plano descrito neste contrato é exclusivamente odontológica.

7 CLÁUSULA SÉTIMA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

7.1 – Com base na Lei nº 9.656/98 e suas 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 legislação vigente.

7.2 – A CONTRATADA disponibilizará o orientador odontológico com a lista de todos os prestadores (consultórios e clínicas), em que constam os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento, aos quais poderá ter acesso. 7.2.1 – Por se tratar de plano com abrangência geográfica em grupo de municípios, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com os diferentes estados.

7.3 – O orientador odontológico será oferecido em meio digital, cópia em PDF on-line, através do site www.bemmaisodonto.com.br, a critério da CONTRATADA.

8 CLÁUSULA OITAVA ÁREA DE ATUAÇÃO

8.1 – As áreas de atuação do plano odontológico descrito na cláusula quarta compreendem os estados que integram as áreas geográficas de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pela CONTRATANTE.

9 CLÁUSULA NONA ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 – A BMO, operadora de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o §1º, do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela MP 2.177, de 2001, compromete-se, nos termos do plano escolhido, a cobrir os custos das despesas correspondentes aos serviços odontológicos com as coberturas das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e no Rol de Procedimentos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época do evento. Os serviços serão prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, aos limites de reembolso, à abrangência contratual, aos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato.

9.2 – O presente contrato de cobertura de custos odontológicos reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no artigo 54 do Código de Defesa do Consumidor e dos artigos 458 a 461 do Código Civil de 2002, considerando-se, ainda, esta avença como um contrato, assumindo o BENEFICIÁRIO o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência, pela inoccorrência do evento do qual será gerada a obrigação da BMO em garanti-la ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos vigente.

10 CLÁUSULAS DÉCIMA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 – São considerados BENEFICIÁRIOS deste contrato todos os que forem expressamente nomeados pela CONTRATANTE e cadastrados pela CONTRATADA, de acordo com as normas estabelecidas neste contrato.

10.2 – À CONTRATADA é concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da solicitação de proposta contratual ou da solicitação de inclusão de BENEFICIÁRIOS, para proceder à aceitação desta proposta contratual ou da referida inclusão de BENEFICIÁRIOS, prevalecendo, após a aceitação, a data de inclusão indicada na solicitação mencionada.

10.3 – Poderão ser incluídas como BENEFICIÁRIOS deste contrato as pessoas físicas que mantenham vínculo de caráter empregatício ou estatutário com a CONTRATANTE.

10.4 – São considerados BENEFICIÁRIOS dependentes aqueles diretamente relacionados ao BENEFICIÁRIO titular, podendo ser incluídas apenas no mesmo plano as seguintes pessoas: cônjuge, pais, avós, filhos, enteados, irmãos, netos, primos, tios, sobrinhos, genros, noras.

10.5 – Em caso de inscrição, pelo BENEFICIÁRIO, de filho(s) natural(is) ou de filho(s) adotivo(s) menores de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo BENEFICIÁRIO, desde que sua inclusão seja expressamente solicitada pela CONTRATANTE à CONTRATADA, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, respectivamente, a contar do nascimento ou da adoção. A extinção da adoção confere à CONTRATADA o direito de exclusão do BENEFICIÁRIO do plano contratado.

10.6 – Com relação aos BENEFICIÁRIOS vigoram ainda as seguintes disposições:

a) os dependentes, para serem incluídos no contrato, dependerão da participação do BENEFICIÁRIO titular no plano de assistência odontológica;

b) sem prejuízo das declarações feitas pela CONTRATANTE e pelo BENEFICIÁRIO, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a CONTRATADA poderá solicitar à CONTRATANTE, a qualquer tempo, os documentos comprobatórios da legitimidade da pessoa jurídica e da condição de elegibilidade do BENEFICIÁRIO, tais como, porém não limitados a somente estes: atos constitutivos; inscrições no órgão competente; documentos que comprovem o grau de parentesco dos dependentes e certidão da sentença de adoção, entre outros.

10.7 – A CONTRATANTE, quando do cadastramento, deverá indicar os nomes e a classificação dos BENEFICIÁRIOS, sejam eles titulares, dependentes ou agregados, bem como a respectiva data de nascimento e o grau de parentesco.

10.7.1 – A CONTRATADA fornecerá identificação específica aos BENEFICIÁRIOS incluídos no contrato, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no seu plano. A CONTRATADA poderá, a seu critério, cobrar pelo fornecimento dessa documentação. 10.7.2 – Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIO terá valor se não constar da declaração escrita da CONTRATANTE, aprovada pela CONTRATADA.

10.7.3 – A CONTRATANTE se obriga a informar à CONTRATADA e a promover as respectivas inclusões e exclusões cadastrais no prazo de até 30 (trinta) dias da ocorrência de alteração na qualificação/condição dos dependentes, tais como: nascimento ou casamento de filho do titular.

10.7.4 – A CONTRATANTE será responsável pelo pagamento das contraprestações mensais dos beneficiários bem como pela utilização correta do sistema da CONTRATADA.

10.7.5 – As exclusões cadastrais somente serão autorizadas em casos de perda das condições de elegibilidade dos BENEFICIÁRIOS. Os ônus decorrentes de utilização indevida do sistema por BENEFICIÁRIO excluído do contrato serão de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE, ficando a CONTRATADA autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos incorridos a ela.

10.8 – O BENEFICIÁRIO incluído no curso do contrato somente terá direito à cobertura, nos termos e limites do plano definido, a partir do primeiro dia útil posterior à movimentação cadastral que o tiver incluído, devendo ser observados os prazos estipulados na cláusula das carências.

10.9 – No caso de extinção automática do contrato ou na hipótese de encontrar-se o contrato no decurso do prazo da denúncia prévia para sua extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CONCEITOS

11.1 – Para fins deste contrato, considera-se:

11.1.1 – Consulta inicial – aquela destinada a exames e diagnóstico para elaboração do plano de tratamento.

11.1.2 – Consulta de urgência – aquela caracterizada por sofrimento intenso que justifique atendimento imediato, tais como: curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial; curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extra e intraoral; reimplante de dente avulsionado.

11.1.3 – Consulta para condicionamento – o tempo despendido para adaptação do cliente de até 7 (sete) anos ao ambiente clínico do consultório e, conseqüentemente, o aceite da execução dos procedimentos que forem necessários, de acordo com a cobertura do plano contratado.

11.1.4 – Prazo mínimo de validade – o tempo aceitável para que um mesmo procedimento seja realizado novamente, tendo em vista as normas técnicas e os padrões odontológicos aceitos. Eventualmente, procedimentos odontológicos solicitados com prazos discrepantes poderão ser analisados administrativamente.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

12.1 – A cobertura se dará nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento, observando-se, entre outros itens, a área de abrangência estabelecida no contrato e as disposições previstas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente à época do evento.

12.2 – A cobertura de custos das despesas com atendimento na rede credenciada assegurada neste contrato será realizada pela CONTRATADA, por meio de pagamento direto ao prestador de serviço, sempre em conformidade com as condições contratuais vigentes.

12.3 – A rede credenciada a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência constantes da relação de profissionais cadastrados pela CONTRATADA.

12.4 – Este contrato prevê cobertura de custos odontológicos para os procedimentos que compõem o Rol de cobertura da ANS, que está à disposição no site www.bemmaisodonto.com.br.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA EXCLUSÕES CONTRATUAIS

13.1 – O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem:

13.1.1 – Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

13.1.1.1 – Caracteriza-se o imperativo clínico por atos que se impõem em função das necessidades do BENEFICIÁRIO, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

13.1.1.2 – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados.

13.1.1.3 – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

13.1.2 – Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua assinatura, exceto se incorporados ao rol pelo órgão regulador.

13.1.3 – Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo BENEFICIÁRIO, entre outros: ingestão de bebida alcoólica e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos; atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências.

13.1.4 – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental.

13.1.5 – Implantes, próteses sobre implantes e transplantes.

13.1.6 – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas. 13.1.7 – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.

13.1.8 – Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde, na Segmentação Assistência Médica, vigente à época do evento, e suas despesas hospitalares.

13.1.9 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.

13.1.10 – Quaisquer atendimentos em caso de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo.

13.1.11 – Igualmente não haverá nenhuma cobertura para as despesas ou os custos decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO à consulta por ele marcada.

14 CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA MECANISMOS DE REGULAÇÃO

14.1 – A CONTRATADA fornecerá para cada BENEFICIÁRIO um cartão de identificação, que o habilitará ao uso do sistema, desde que acompanhado do documento de identificação com foto, expedido pelos órgãos oficiais.

14.1.1 – A CONTRATADA poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via da documentação acima.

14.2 – O BENEFICIÁRIO será atendido por dentistas credenciados pela CONTRATADA, relacionados na rede credenciada do produto, em conformidade com o plano contratado, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do BENEFICIÁRIO e de acordo com a disponibilidade de agenda do profissional.

14.3 – A qualquer momento, o BENEFICIÁRIO poderá ser encaminhado, pela CONTRATADA, para consultas de avaliação, destinadas a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade e a aferição do nível de saúde bucal, dirimir dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tais consultas serão realizadas por consultores odontológicos da CONTRATADA.

14.4 – Os ônus decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO a qualquer consulta serão de sua exclusiva responsabilidade, ficando facultado ao dentista o direito de cobrar pela ausência diretamente ao BENEFICIÁRIO.

14.5 – A CONTRATADA poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente, sem necessidade de aviso prévio. Dúvidas com relação à rede credenciada podem ser sanadas através do teleatendimento ou pelo site www.bemmaisodonto.com.br.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA REEMBOLSO DE DESPESAS

15.1 – A CONTRATADA reembolsará as despesas com o atendimento dos procedimentos odontológicos vinculados à cobertura contratada por cada BENEFICIÁRIO, desde que ocorrido fora da região de abrangência em caráter de urgência, após a avaliação e comprovação, conforme a Tabela de Coparticipação/Franquia BMO – BMO.PE100, parte integrante deste instrumento jurídico que está à disposição no site www.bemmaisodonto.com.br.

15.1.1 – Será utilizada, como base de cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Coparticipação/Franquia BMO.PE100 multiplicada pelo correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO); valor esse definido na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

15.2 – Os reembolsos serão calculados de acordo com as normas administrativas da CONTRATADA, mediante a apresentação de documentos (recibos) e laudos odontológicos, indispensáveis em seus originais, conforme definido a seguir, visando sempre a cálculos corretos para o cumprimento deste contrato e em conformidade com o plano contratado: – recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta; – nome do BENEFICIÁRIO atendido; – nome do titular ou responsável pelo contrato e dados bancários da conta-corrente do titular; – valor unitário dos procedimentos em moeda corrente; – assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista); – CPF/CNPJ e CRO do dentista ou da clínica; – data da realização do evento; – radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se necessária a avaliação técnica do procedimento realizado).

15.3 – Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à CONTRATADA, no prazo de até 12 (doze) meses, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico.

15.4 – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da CONTRATADA.

15.5 – Se a documentação não contiver todos os dados comprobatórios que permitam o cálculo correto do reembolso, a CONTRATADA poderá solicitar, do BENEFICIÁRIO, a documentação, informações complementares ou auditoria sobre o procedimento a ser reembolsado, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, após a chegada da documentação respectiva, o que acarretará um novo prazo de até 15 (quinze) dias úteis a partir do cumprimento das solicitações.

15.6 – Os valores aprovados para reembolso serão pagos à pessoa identificada como titular do plano, sendo indispensável a apresentação do seu CPF, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DAS CARÊNCIAS

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

16.1.1 – Para os contratos firmados com número de participantes igual ou superior a 3 (três) BENEFICIÁRIOS, e enquanto for mantida essa quantidade mínima, não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o BENEFICIÁRIO formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

16.1.2 – Ressalvadas as hipóteses acima, a aplicação de carência será feita sempre em conformidade com os limites, as condições e o início da vigência estabelecido no plano contratado, sendo contados do ingresso do BENEFICIÁRIO no contrato os seguintes prazos de carência:

a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência/emergência;

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

17.1 – São obrigações da CONTRATANTE:

a) pagar a primeira mensalidade para a implantação do contrato;

b) pagar, de acordo com o estabelecido pela CONTRATADA, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, a prestação mensal calculada de acordo com o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano contratado e conforme especificado no termo aditivo, anexado ao presente contrato;

c) promover a devolução, ao término do contrato ou à exclusão de BENEFICIÁRIO, dos documentos da CONTRATADA em poder dos BENEFICIÁRIOS que permitem o uso do sistema, em especial a carteira de identificação, responsabilizando-se por sua utilização indevida.

17.2 – Todos os BENEFICIÁRIOS inscritos no contrato deverão permanecer por um período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, sendo que não serão permitidas exclusões antes de 6 (seis) meses da data da realização do último procedimento, exceto em caso de demissão comprovada.

17.3 – A CONTRATANTE é responsável, juntamente com a CONTRATADA, pelo fiel cumprimento deste contrato, no seu todo ou em parte e no que diz respeito a seus direitos e deveres, devendo comunicar à CONTRATADA toda e qualquer irregularidade observada.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO

18.1 – Este contrato tem sua formação de preço pré-estabelecida, ou seja, o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas.

18.2 – Todos os pagamentos serão feitos pela CONTRATANTE à CONTRATADA, de acordo com as condições definidas na proposta contratual, sem prejuízo das demais cláusulas contratuais.

18.3 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou agência autorizada pela CONTRATADA.

18.4 – As mensalidades serão corrigidas nos termos, nos valores e na periodicidade autorizada pela legislação vigente na época do reajuste ou na data determinada pelo órgão governamental competente.

18.4.1 – Na inexistência de normas legais que regulamentem o reajuste de preços, este será calculado de acordo com a variação dos custos odontológicos no período avaliado.

18.5 – O valor por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído fora do prazo será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

18.6 – Os impostos e demais encargos que incidam ou venham a incidir sobre a mensalidade ou o contrato serão da responsabilidade da CONTRATANTE, desde que a lei assim estabeleça.

18.7 – A CONTRATANTE em atraso de pagamento de qualquer de suas mensalidades fica sujeita à aplicação de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo na sua atualização monetária. Após 10 (dez) dias de atraso, poderá importar, ainda, na suspensão da cobertura. Realizado o pagamento, fica certo que não haverá cobertura dos custos ou reembolso das despesas com os procedimentos ou eventos iniciados ou ocorridos durante o período de atraso.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NONA DURAÇÃO DO CONTRATO

19.1 – O presente contrato terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses, a contar da data de assinatura da proposta contratual, e será renovado automaticamente por prazo indeterminado, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como a incidência de qualquer período adicional de carência.

19.1.1 – Caso não haja concordância com a renovação automática, a CONTRATANTE deverá notificar previamente a CONTRATADA, manifestando o seu não interesse pela manutenção do contrato.

19.2 – A data do vencimento das parcelas mensais será ao décimo dia corrido de cada mês.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA RESCISÃO/SUSPENSÃO

20.1 – Suspensão do contrato. A CONTRATANTE em atraso de pagamento superior a 10 (dez) dias de qualquer de suas contraprestações pecuniárias fica com o direito à cobertura e ao reembolso suspenso para todos os benefícios contratuais.

20.2 – Para fins de extinção do contrato, fica certo entre as partes que:

20.2.1 – O presente contrato poderá ser extinto por qualquer uma das partes, imotivadamente, após a vigência do período mínimo de 24 meses, desde que haja prévia notificação de 60 dias a outra parte. Em qualquer tempo do contrato, nos casos de rescisão, a contratante deverá formalizar o pedido à contratada, por meio de seus canais de atendimento – site oficial.

20.2.2 – Caso a CONTRATANTE rescinda o contrato antes do prazo previsto, pagará multa de 50% (cinquenta por cento) do total das contraprestações vincendas para completar o período estipulado calculado sobre a média de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano nos 12 (doze) meses antecedentes à rescisão, ficando ajustado que, no período de aviso prévio, ficam vedadas a inclusão/exclusão de BENEFICIÁRIOS.

20.3 – O contrato poderá ser extinto unilateralmente pela CONTRATADA, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência ou no caso de fraude.

20.4 – O contrato estará automaticamente extinto se o número de BENEFICIÁRIOS no contrato se tornar inferior a 2 (dois), ainda que não completos 24 (vinte e quatro) meses de vigência, sendo facultado aos BENEFICIÁRIOS a transferência para um produto individual, nas bases e condições vigentes desse produto, inclusive com relação a preço.

20.5 – Poderá a CONTRATADA extinguir o contrato, ainda, nas hipóteses de omissão de informações ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela CONTRATANTE, para auferir vantagens próprias ou para seus BENEFICIÁRIOS, hipóteses essas reconhecidas como violação ao contrato e ao princípio da boa-fé objetiva.

20.6 – Nas hipóteses de extinção por fraude ou violação contratual, não fica afastada a possibilidade de a CONTRATADA buscar indenização pelos prejuízos que tiver ou que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

20.7 – Fica garantido à CONTRATADA o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO/ EMPRESARIAL

21.1 – Desde que haja opção da CONTRATANTE e havendo comprovação de que o BENEFICIÁRIO titular contribuiu para o plano odontológico contratado, em decorrência de seu vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, terá o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO e de seus dependentes a ele vinculados, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a CONTRATANTE, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.2 – O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de um terço do tempo que tenha contribuído para o plano, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Aposentado

21.3 – Desde que haja opção pela CONTRATANTE e havendo comprovação de que o BENEFICIÁRIO titular contribuiu para o plano odontológico contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência de seu vínculo empregatício, ao se aposentar, terá o direito de permanência na qualidade de BENEFICIÁRIO e dos seus dependentes inscritos, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma, perante a CONTRATANTE, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

21.4 – Na hipótese de contribuição, pelo então empregado, por período inferior a 10 (dez) anos, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, à razão de um ano para cada ano de contribuição. Obrigações da contratante

21.5 – Quando da manutenção do ex-empregado na condição de beneficiário, a CONTRATANTE irá inseri-lo em plano, conforme opção realizada em termo próprio quando da contratação, de acordo com a legislação vigente.

21.6 – A fim de que os seus aposentados e demitidos sem justa causa possam ser mantidos como beneficiários deste contrato conforme preceitua a legislação em vigor, devem ser observadas as condições estabelecidas nas cláusulas a seguir. Contribuição/participação financeira

21.7 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados e a co-participação do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato. 21.8 – Para fins de apuração dessa contribuição, também se considera como tal o pagamento de valor fixo assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano odontológico oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

21.9 – O titular que não tenha participado financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à permanência no plano.

21.10 – Ainda que no momento da demissão, exoneração, sem justa causa, ou aposentadoria o ex-empregado não esteja realizando o pagamento de contribuição, são assegurados a ele os direitos previstos nos artigos 30 e 31, na proporção de sua efetiva contribuição.

21.11 – O direito de manter a condição de beneficiário estende-se a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, não impedindo, contudo, que seja mantido individualmente ou apenas com parte de seu grupo familiar. 21.12 – Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano odontológico, nos termos do disposto neste contrato. Caracterização das condições de elegibilidade para fins da concessão do benefício previsto neste instrumento

21.13 – A CONTRATANTE obriga-se a declarar e comprovar expressamente, por ocasião da dispensa ou da aposentadoria, a contribuição/participação financeira dos seus aposentados e demitidos sem justa causa, total ou parcial, no valor da mensalidade do plano.

21.14 – A CONTRATANTE obriga-se a dar comprovadamente ciência aos seus empregados aposentados e demitidos sem justa causa, sobre a existência do direito que permite a eles permanecerem como a usuários da CONTRATADA, nas condições previstas nesta cláusula, enquanto for vigente o contrato, observados as condições de permanência e os prazos-limite previstos na legislação específica.

21.15 – A CONTRATANTE entregará à CONTRATADA cópia da manifestação expressa firmada pelo empregado aposentado ou demitido sem justa causa (declaração de oferecimento dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998), no sentido de que ele aceitou ou refutou a manutenção da condição de usuário do plano. O direito de opção de manutenção do plano odontológico deverá ser exercido obrigatoriamente dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da manifestação de ciência citada no item anterior. Manutenção da condição de BENEFICIÁRIO

21.16 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à co-participação, quando contratadas, serão pagas diretamente pelos usuários titulares, ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, sempre até o vencimento e nos locais indicados pela CONTRATADA, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada. 21.17 – A manutenção da condição de BENEFICIÁRIO no mesmo plano privado de assistência odontológica em que se encontrava quando da demissão ou exoneração, sem justa causa, ou aposentadoria observará as mesmas condições existentes durante a vigência do contrato de trabalho.

21.18 – O direito assegurado ao BENEFICIÁRIO não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

21.19 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido em termo aditivo, com as devidas atualizações.

21.20 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa CONTRATANTE e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO.

21.21 – Estarão excluídos do contrato o BENEFICIÁRIO titular e seus respectivos dependentes que estejam em gozo desse benefício se alguma mensalidade permanecer sem quitação por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, sem prejuízo do pagamento dos valores em atraso, a critério da CONTRATADA, e das despesas porventura realizadas no período de inadimplência.

Portabilidade especial

21.22 – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, 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 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carência para plano odontológico individual, familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma e nas especificidades previstas na Resolução nº 279, da ANS. Extinção do direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

21.23 – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado não poderá exercer o direito de manutenção quando da ocorrência das seguintes hipóteses: I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279; II – pela admissão do BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado em novo emprego; ou III – pelo cancelamento do plano privado de assistência odontológica pelo empregador que concede esse benefício a seus empregados ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados, sem justa causa, ou aposentados. Comunicação de exclusão do BENEFICIÁRIO.

21.24 – A CONTRATANTE obriga-se a informar à operadora, para efetiva exclusão do BENEFICIÁRIO do plano privado de assistência odontológica, com sua comprovação, os seguintes dados: I – se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; II – se o BENEFICIÁRIO demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da Resolução Normativa nº 279; III – se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano privado de assistência odontológica; IV – por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência odontológica; V – se o ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, ou aposentado optou pela sua manutenção como BENEFICIÁRIO ou se recusou a manter essa condição.

21.25 – A CONTRATANTE obriga-se a apresentar à operadora, a qualquer tempo e assim que solicitada, os documentos originais comprobatórios referentes às informações prestadas.

21.26 – A exclusão do BENEFICIÁRIO apenas será aceita pela operadora mediante a comprovação de comunicação inequívoca da opção de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

21.27 – Enquanto a documentação de comprovação não for entregue à operadora, a CONTRATANTE continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo BENEFICIÁRIO, até que a entrega se concretize.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

22.1 – A suspensão ou exclusão do BENEFICIÁRIO somente poderá ser realizada mediante solicitação expressa da CONTRATANTE no período da movimentação cadastral, devendo proceder à devolução do(s) cartão(ões) de identificação do(s) BENEFICIÁRIO(S), para evitar o uso indevido dos serviços, cujas despesas, então, correrão por conta da CONTRATANTE, que desde já autoriza sua cobrança.

22.1.1 – Nos casos de demissão, a CONTRATANTE deverá enviar documento comprobatório.

22.1.2 – Exceto por demissão, a CONTRATANTE somente poderá solicitar a exclusão do(s) BENEFICIÁRIO(S) titular(es) com seu(s) respectivo(s) BENEFICIÁRIO(S) dependente(s) após o decurso do período de 24 (vinte e quatro) meses da data de sua adesão ao plano e nunca antes de 6 (seis) meses da data da realização do último procedimento.

22.1.3 – Nesse sentido, havendo o descumprimento, a CONTRATANTE desde já garante o pagamento da taxa mensal de manutenção relativa a cada BENEFICIÁRIO mencionado no item acima, pelo período que faltar para completar 12 (doze) meses da data de sua adesão ao plano, salvo na hipótese de rescisão do contrato.

22.2 – A falta de comunicação, pela CONTRATANTE, do cancelamento do plano aqui referido, no prazo previsto, implicará a cobrança, pela BMO, das taxas mensais de manutenção do período.

22.3 – A cobertura do(s) BENEFICIÁRIO(S) dependente(s) cessará automaticamente quando perder(em) a condição de dependência do BENEFICIÁRIO titular, bem como em caso de sua morte, respeitado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

22.4 – A CONTRATADA poderá, ainda, excluir ou suspender a assistência odontológica do BENEFICIÁRIO titular e/ou de seus dependentes, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da CONTRATANTE nos seguintes casos:

- a) prática, pelo BENEFICIÁRIO, de fraude, quaisquer omissões, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações ou documentação decorrentes da utilização indevida do contrato, mediante procedimento administrativo específico;
- b) fornecimento, pelo BENEFICIÁRIO ou pela CONTRATANTE, de informações incompletas e/ou inverídicas, quando aplicável, sobre o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes, conforme a modalidade contratual, mediante procedimento administrativo específico;
- c) prática de infrações, pelo BENEFICIÁRIO ou CONTRATANTE, com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;
- d) perda dos vínculos do BENEFICIÁRIO titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE;
- e) perda dos vínculos de dependência no caso de BENEFICIÁRIO dependente.

22.5 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito da cobertura do atendimento.

22.6 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, o BENEFICIÁRIO titular e seus dependentes perderão quaisquer direitos aos benefícios previstos neste contrato, assim como à devolução de qualquer quantia paga.

22.7 – A CONTRATANTE deverá informar os BENEFICIÁRIOS inscritos no plano da CONTRATADA sobre a extinção do contrato, notificando-os, ainda, caso não haja continuidade do benefício com outra operadora de planos odontológicos, sobre o direito de optarem pela possibilidade de contratação do plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de rescisão ou do desligamento do BENEFICIÁRIO, e que a CONTRATANTE esteja em dia com o pagamento de suas faturas mensais.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

23.1 – Este contrato tem sua formação de preço preestabelecida entre CONTRATANTE e CONTRATADA, com fundamento nas declarações da CONTRATANTE, sendo o pagamento da contraprestação pecuniária efetuado pela CONTRATANTE antes da possibilidade de utilização das coberturas contratadas.

Pagamento da contraprestação pecuniária

23.2 – O pagamento da contraprestação pecuniária (mensalidade), decorrente deste contrato, é de responsabilidade da CONTRATANTE, e esta se obriga a pagar à CONTRATADA, e será devida por si, pertinente a

toda a população incluída e aceita na movimentação cadastral, sendo certo que o valor estipulado, nesta data, corresponde ao número de BENEFICIÁRIOS indicados na proposta contratual.

23.2.1 – Os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei no 8.666/93.

23.2.2 – Caso a CONTRATANTE não receba a sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site www.bemmaisodonto.com.br.

23.2.3 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

23.2.4 – Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da proposta contratual, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou que não haja expediente bancário, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela CONTRATADA.

23.2.5 – O recebimento, pela CONTRATADA, de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

23.2.6 – O preço por BENEFICIÁRIO cadastrado ou excluído fora do período predeterminado na proposta contratual será cobrado integralmente na fatura subsequente à alteração cadastral, não implicando justificativa para o atraso de pagamento qualquer divergência que ocorra na relação de BENEFICIÁRIOS, devendo a fatura ser paga pelo valor apresentado e os acertos realizados no faturamento seguinte.

23.2.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

23.2.8 – É obrigação da CONTRATANTE pagar as contraprestações pecuniárias, independentemente da utilização, de acordo com o estabelecido pela CONTRATADA, relativamente ao local, à forma e à data de pagamento, calculadas de acordo com o número de BENEFICIÁRIOS inscritos no plano contratado e conforme o previsto na proposta contratual.

23.2.9 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária ou o contrato serão da responsabilidade da CONTRATANTE.

23.2.10 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à CONTRATADA se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente autenticados por banco ou escritório central autorizado pela CONTRATADA.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA REAJUSTE

24.1 – Reajuste anual

24.1.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado) apurada no período de 12 (doze) meses consecutivos, tomando-se por base a variação ocorrida no mês anterior à contratação e no mês anterior ao aniversário do contrato, de forma que as partes tenham o conhecimento da variação ocorrida, aprovada e divulgada pela mídia em geral, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajustes diferenciados dentro de um mesmo plano.

24.1.2 – Independentemente do reajuste financeiro, poderá incidir, cumulativamente, o reajuste técnico quando, mediante demonstrativo, a CONTRATADA comprove que, nos 12 (doze) meses anteriores, houve desequilíbrio igual ou superior a 60% (sessenta por cento) na relação custo x receita, incidindo, dessa maneira, o percentual necessário para que se obtenha o equilíbrio econômico-financeiro, frise-se, de 60%.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e regulamentos, bem como a proposta contratual, a rede credenciada do plano odontológico optado pela CONTRATADA definida pelo tipo de plano contratado, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC), os recibos de pagamento e o Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponibilizados pela CONTRATADA à CONTRATANTE, desde o início das tratativas que resultaram na celebração

do presente, independentemente de sua disponibilização no site www.bemmaisodonto.com.br, com suas atualizações.

25.1.1 – O Rol de Procedimentos Odontológicos tem sua atualização sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.bemmaisodonto.com.br.

25.2 – Será de responsabilidade da CONTRATANTE entregar ao BENEFICIÁRIO titular, previamente à assinatura do contrato de adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado pela operadora contratada e entregue em material impresso ou através de mídia digital.

25.3 – Será de responsabilidade da OP PRIME o envio, ao BENEFICIÁRIO titular, do Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, junto com o cartão de identificação.

25.4 – A autorização, por parte da CONTRATADA, de eventos não previstos ou excluídos neste contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA.

25.5 – A tolerância ou a demora da CONTRATADA em exigir da CONTRATANTE o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

25.6 – Não é admitida a presunção de que a CONTRATADA ou a CONTRATANTE possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste contrato ou de comunicação posterior por escrito.

25.7 – Conforme o disposto na regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de informações relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde permanece sob responsabilidade da CONTRATADA, por meio de seu coordenador médico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela CONTRATADA perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que, resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais desse coordenador, responde pela omissão ou incorreção dos dados solicitados, sempre objetivando a garantia de sigilo médico das informações do usuário.

25.8 – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela CONTRATANTE, outro pela CONTRATADA e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre CONTRATADA e CONTRATANTE. Além disso: a) se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da CONTRATADA; b) cada uma das partes pagará os honorários do dentista que designar; os do terceiro serão pagos pela CONTRATANTE e CONTRATADA, em partes iguais.

25.9 – O direito à cobertura de custos e/ou de reembolso de procedimentos que sejam incluídos pela CONTRATADA em sua tabela, após a assinatura deste contrato, somente será incorporado, em novo termo aditivo, após a adequação dos valores pagos à nova realidade dos riscos deste contrato.

25.10 – Os casos omissos deverão ser resolvidos entre as partes, sendo objeto de novo termo aditivo ao presente contrato.

25.11 – Integram-se ao presente contrato todos os seus aditivos e anexos (proposta contratual, orientador odontológico e declaração), bem como os comprovantes de pagamento.

26 ASSINATURA DIGITAL

26.1 – As Partes declaram e concordam que o presente instrumento, incluindo todas as páginas de assinatura e eventuais anexos, todas formadas por meio digital com o qual expressamente declaram concordar, representam a integralidade dos termos entre elas acordados, substituindo quaisquer outros acordos anteriores formalizados por qualquer outro meio, verbal ou escrito, físico ou digital, nos termos dos art. 107, 219 e 220 do Código Civil.

26.2 – Adicionalmente, nos termos do art. 10, § 2º, da Medida Provisória nº 2.200-2, as Partes expressamente concordam em utilizar e reconhecem como válida qualquer forma de comprovação de anuência aos termos ora acordados em formato eletrônico, ainda que não utilizem de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, incluindo assinaturas eletrônicas na plataforma de MarketPlace da Operadora. A formalização das avenças na maneira supra acordada será suficiente para a validade e integral vinculação das partes ao presente Contrato.

27 LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Em cumprimento à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (com a redação dada pela Lei nº 13.853/2019), o CONTRATADO se obriga a respeitar a privacidade do CONTRATANTE, comprometendo-se a proteger e manter em sigilo todos os dados pessoais fornecidos pelo mesmo em função deste contrato, salvo os casos em que seja obrigado, por autoridades públicas, a revelar tais informações a terceiros. Nos termos dos arts. 7º, VI, da LGPD, o CONTRATADO está autorizado a realizar o tratamento de dados pessoais do CONTRATANTE e, com base no art. 10º, I, da LGPD, ostenta legítimo interesse em armazenar, acessar, avaliar, modificar, transferir e comunicar, sob qualquer forma e por tempo indeterminado, todas e quaisquer peças processuais, contratos, emails, cartas e demais documentações relativas ao objeto desta contratação, sempre respeitando os limites previstos no Art. 11 em seu parágrafo 5º. Tal operação de tratamento de dados é e sempre será realizada unicamente em apoio e promoção à prestação de serviços de planos de saúde ou odontológico pelo CONTRATADO.

28 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA FORO

26.1 – Fica eleito o foro de domicílio da CONTRATANTE para dirimir as questões oriundas do presente contrato.

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

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

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. 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 de 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 Orientações para contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



ANS
Agência Nacional de Saúde Suplementar



Ministério da Saúde



GOVERNO FEDERAL

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

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br



Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - BMO.PE100

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 de interesses com a 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 nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias 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 PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, pericia 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 à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carência.

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 RN nº 162/2007.

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 a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de pericia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.

Coletivo Empresarial

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.

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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

VIGÊNCIA

A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.

A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.

REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO

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

Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.

A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à 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 à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

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

Salienamos 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.