

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA

1 CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 – Odontoponta Planos de Saúde LTDA, classificada como odontologia de grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 41667-3, 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 – _____, Pessoa Jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o número _____, com sede na, _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado _____, CEP _____. CONTRATANTE.

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 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 em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

4 CLÁUSULA QUARTA NOME COMERCIAL E REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1 – SIM EMPRESAS ANS 477693173 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 na rede credenciada da CONTRATADA, para os benefícios que compõem o plano, conforme descrito na cláusula 11.

5 CLÁUSULA QUINTA TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 – O tipo de contratação deste plano é Coletivo Empresarial com cobertura aos beneficiários vinculados à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

6 CLÁUSULA SEXTA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

6.1 – Segmentação assistencial 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. 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 ou cópia em PDF on-line, através do site www.odontoponta.com, a critério da CONTRATADA.

8 CLÁUSULA OITAVA ATRIBUTOS DO CONTRATO

8.1 – A Odontoponta, 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.

8.2 – 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, a não obrigatoriedade de cobertura de procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente.

9 CLÁUSULAS NONA CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

9.1 – 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.

9.2 – 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.

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

9.4 – 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.

9.5 – 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) 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.

9.7 – 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.

9.7.1 – 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. 9.7.2 – Nenhuma indicação de BENEFICIÁRIO terá valor se não constar da declaração escrita da CONTRATANTE, aprovada pela CONTRATADA.

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

9.7.4 – 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.

9.8 – 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.

9.9 – 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.

10 CLÁUSULA DÉCIMA – CONCEITOS

11.1 – Para fins deste contrato, considera-se:

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

10.1.2 – 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.

10.1.3 – 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.

10.1.4 – 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.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 – A cobertura se dará, nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento.

11.2 – 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.

11.3 – 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.odontoponta.com.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA EXCLUSÕES CONTRATUAIS

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

12.1.1 – 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.

12.1.1.1 – 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.

12.1.1.2 – 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.

12.1.1.3 – 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.

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

12.1.3 – 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.

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

12.1.5 – 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. 12.1.6 – Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos, da Agência Nacional de Saúde, vigente à época do evento.

12.1.7 – 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.

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

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

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

13.1.1 – A CONTRATADA poderá cobrar pelo fornecimento de via física de cartão de identificação.

13.2 – 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.

13.3 – 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.

13.4 – 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.

13.5 – 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.odontoponta.com.

14 CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA REEMBOLSO DE DESPESAS

14.1 – 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 Odontoponta – COP Jurídico, parte integrante deste instrumento jurídico.

14.1.1 – Será utilizada, como base de cálculo, a quantidade estabelecida na Tabela de Coparticipação/ Franquia Odontoponta – COP Jurídico multiplicada pelo



correspondente valor da Unidade de Serviço Odontológico (USO); valor esse definido na proposta contratual, que é parte integrante deste instrumento contratual.

14.2 – 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).

14.3 – 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.

14.4 – 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.

14.5 – 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.

14.6 – 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.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA DAS CARÊNCIAS

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

15.1.1 – Não serão exigidos cumprimento de prazos de carência para utilização das coberturas como segue:

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

b) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos clínicos.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

16.1 – 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.

16.2 – 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.

16.3 – 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.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA DO LOCAL, DA DATA E DA FORMA DE PAGAMENTO

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

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

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

17.4 – 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.

17.4.1 – 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.

17.5 – 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.

17.6 – 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.

17.7 – 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.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA DURAÇÃO DO CONTRATO

18.1 – 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.

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

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

19 CLÁUSULA DÉCIMA NONA RESCISÃO/SUSPENSÃO

19.1 – 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.

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

19.2.1 – 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.

19.2.2 – Caso a CONTRATANTE rescinda o contrato antes do prazo previsto, pagará taxa de 70% (setenta 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.

19.3 – 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.

19.4 – 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, mediante os valores praticados à ocasião para produtos individuais.

19.5 – 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.

19.6 – 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.

19.7 – 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.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO/EMPRESARIAL

Demitido

20.1 – 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, e que tenha cumprido um terço do tempo de vigência do contrato, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, 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 CONTRATADA, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

20.2 – 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.

20.3 – 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.

20.4 – 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.

20.5 – 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.

20.6 – Não se caracterizam como participação financeira os valores relacionados aos dependentes e agregados, co-participações/franquias do usuário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização da assistência objeto deste contrato.

20.7 – 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.

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

20.9 – 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.

20.10 – 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

20.11 – 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.

20.12 – 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.

20.13 – As mensalidades correspondentes, assim como os valores relativos à co-participação/franquia, 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.

20.14 – 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.

20.15 – 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.

20.16 – 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.

20.17 – 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.

Portabilidade especial

20.18 – 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 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.

20.19 – 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.

20.20 – 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.

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

20.22 – 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.

20.22 – 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.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

21.1 – 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.

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

21.1.2 – 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.

21.1.3 – 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 24 (vinte e quatro) meses da data de sua adesão ao plano, salvo na hipótese de rescisão do contrato.

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

21.3 – 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.

21.4 – 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.

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

21.6 – 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.

21.7 – 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.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

22.1 – 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.

22.2 – 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.

22.2.1 – 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.

22.2.2 – 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.odontoponta.com. 22.2.3 – O não recebimento da fatura ou outro instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.



22.2.4 – 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.

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

22.2.6 – 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.

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

22.2.8 – 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.

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

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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA REAJUSTE

23.1 – Reajuste de contraprestações anual. 23.1.1 – O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com índice divulgado pela ANS.

23.2 – Tabelas de procedimentos poderão ser reajustadas de acordo com a flutuabilidade de preços de mercado e condições inflacionárias relacionadas à cadeia de insumos e serviços.

23.3 – 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.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 – 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.odontoponta.com, com suas atualizações.

24.1.1 – 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.odontopontadental.com.

24.2 – 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), do Guia de Leitura Contratual (GLC) parte integrante deste contrato.

24.3 – 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.

24.4 – 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.

24.5 – 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.

24.6 – 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 clínico de informações em saúde, devidamente cadastrado pela CONTRATADA perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

24.7 – 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.

24.8 – 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.

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

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA FORO

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

DATA: ____/____/____

ODONTOPONTA PLANOS DE SAÚDE LTDA

CONTRATANTE

Testemunha 1: _____
NOME e RG: _____

Testemunha 2: _____
NOME e RG: _____

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Coletivo Empresarial	01
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano odontológico. A segmentação assistencial é categorizada em: exclusivamente odontológica.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Não se aplica a planos exclusivamente odontológicos.	—
ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	Área em que a operadora de plano odontológico se compromete a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas: Abrangência Nacional.	03
ÁREA DE ATUAÇÃO	Área de atuação Nacional.	03
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	03 a 08
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	09 a 10
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário 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 beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.	12

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Não se aplica a planos exclusivamente odontológicos.	—
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São 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 odontológicos.	09
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	13
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	13
REAJUSTE	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano odontológico em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias.	11
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano odontológico, regular e não vinculada à coparticipação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e suas regulamentações.	13 a 14

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua Operadora: Grande São Paulo 11 5094 4040 e Demais localidades 0800 17 0809. Permanecendo as dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou Disque - ANS 0800 701 9656.

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual 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



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

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde está disponível em nosso portal www.odontoponta.com

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

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

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

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



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

Ministério
da Saúde



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



Operadora: ODONTOPONTA PLANOS DE SAÚDE LTDA
CNPJ: 03.785.927/0001-72
Nº de Registro na ANS: 41.667-3
Nº de Registro do produto: 471.403/14-2
Site: www.odontoponta.com
Tel.: 42 3025.6003



Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - COP TOP

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 Agravo, 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 perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.

REAJUSTE

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

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

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano.

Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.

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

ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO

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

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 anuidade 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 nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência nestes planos coletivos 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.

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.