

TERMO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA FÍSICA - COP TOP

1 CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA 1.1 – Odontoponta Planos de Saúde LTDA, operadora 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 – A CONTRATANTE identificada também como BENEFICIÁRIO titular é a pessoa física identificada e qualificada na proposta de adesão que indica os BENEFICIÁRIOS dependentes.

3 CLÁUSULA TERCEIRA - OBJETO DO CONTRATO 3.1 – O contrato tem por objeto a cobertura de custos pela CONTRATADA das despesas com os procedimentos de assistência odontológica nas condições de cobertura estabelecidas de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

4 CLÁUSULA QUARTA - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS 4.1 – COP TOP, segmentação assistencial exclusivamente odontológica, com abrangência geográfica de Grupo de Municípios, com co-participação do beneficiário, sem reembolso, registrado na ANS sob o número: 471.403/14-2.

5 CLÁUSULA QUINTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO 5.1 – Os tipos de contratação: A) Contrato Individual: aquele que tem como único BENEFICIÁRIO o TITULAR. B) Contrato Familiar: aquele que tem no mínimo 2 (dois) BENEFICIÁRIOS, sendo ao menos um titular e um dependente, do mesmo grupo familiar, de acordo com o grau de parentesco descrito no termo de adesão. 5.1.1 – Na perda da condição de qualificação como familiar, o plano será tido como Individual, inclusive com relação à precificação.

6 CLÁUSULA SEXTA - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA 6.1 – A CONTRATADA disponibiliza para download através do site www.odontoponta.com Orientador Odontológico com a lista de todos os prestadores odontológicos (dentistas, consultórios, clínicas e laboratórios), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

7 CLÁUSULA SÉTIMA - ATRIBUTOS DO CONTRATO 7.1 – Os serviços cobertos são prestados por terceiros aos BENEFICIÁRIOS do contrato, obedecendo à rede credenciada do plano escolhido, conforme parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e às demais condições, exclusões e limites definidos neste contrato. 7.2 – O BENEFICIÁRIO a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade. 12.4 – A presente contrato de cobertura odontológica reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações às partes, sendo um contrato aleatório, de adesão, na forma do disposto no art. 54 do Código de Defesa do Consumidor e arts. 458 a 461 do Código Civil de 2002, assumindo o BENEFICIÁRIO o risco de não vir a existir a cobertura da referida assistência pela in ocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la, ou em razão de o evento não constar do Rol de Procedimentos e suas Diretrizes, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigente.

8 CLÁUSULA OITAVA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO 8.1 – São considerados como BENEFICIÁRIOS o titular e seus dependentes, indicados na proposta contratual. 8.1.1 – São dependentes: a) Esposa (o) ou companheira (o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes, filhos, enteados, tutelados, pai, mãe, irmãos, avós, netos(as), tios(as), sobrinho(as), bisnetos(as), sogro(a), genro, nora, padrasto, madrastra, cunhado(a) e concunhado(a), aproveitando os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo titular. 8.2.1 – Deve ser realizada a solicitação de inclusão de dependente com a apresentação da documentação comprobatória e com o conseqüente acréscimo da contraprestação pecuniária (mensalidade/anuidade). 8.3 – Menores de 18 anos podem ser titulares desde que possuam CPF, conforme a legislação vigente. 8.4 – O titular deverá preencher, por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS, todos os dados incluídos na proposta contratual, apresentando os documentos indispensáveis para a comprovação das informações prestadas. 8.5 – A exclusão de BENEFICIÁRIO(S) em caso de falecimento será realizada, desde que seja formalizada pelo CONTRATANTE com a apresentação da certidão de óbito e na data do próximo vencimento da mensalidade, sendo que o cônjuge BENEFICIÁRIO ou o BENEFICIÁRIO mais idoso passará a ser o responsável pelo pagamento dos valores pactuados, tornando-se o novo titular CONTRATANTE.

09 CLÁUSULA NONA - DOS CONCEITOS 9.1 – Considera-se: a) Consulta inicial – destinada a exames e diagnóstico para elaboração do plano de tratamento. b) Consulta de urgência – caracterizada por sofrimento intenso, que justifique um atendimento imediato. c) Consulta para condicionamento – o tempo despendido para a adaptação do cliente de até 7 (sete) anos de idade ao ambiente clínico do consultório.

10 CLÁUSULA DÉCIMA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS 10.1 – A cobertura se dará nos limites do plano contratado, em regime de pré-pagamento. 10.2 – A cobertura de custos com atendimento na rede credenciada é dada pelo beneficiário, com pagamento direto ao prestador das co-participações/franquias e pela CONTRATADA, com pagamento direto ao prestador do valor complementar.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - EXCLUSÕES CONTRATUAIS 11.1 – Não está previsto cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem: A) Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar. B) 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, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados. C) Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos. D) Procedimentos que não estejam descritos neste contrato na ocasião de sua adesão, exceto se incorporado ao Rol de Procedimentos Odontológicos pelo órgão regulador. E) Procedimentos para correção estética e de problemas decorrentes de atos ilícitos ou de risco consciente provocados pelo BENEFICIÁRIO, que incluem, entre outros: ingestão de bebidas alcoólicas e/ou uso de drogas, entorpecentes ou psicotrópicos, atentado contra a vida e procedimentos não éticos e/ou suas consequências. F) Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental. G) Procedimentos prestados por dentistas não credenciados. H) Exames de laboratório, exceto os que constam no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente à época do evento. I) Procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial, constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS na Segmentação Assistência Médica. J) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos. K) Quaisquer atendimentos em casos de conflitos, calamidade pública, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo. L) Igualmente não haverá cobertura para as despesas ou custos decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO à consulta por ele marcada. M) Transporte do paciente.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO 12.1 – A CONTRATADA disponibiliza rede credenciada e um cartão de identificação por BENEFICIÁRIO, que o habilitará ao uso do sistema, acompanhado de documento de identificação com foto. 12.1.1 – Será cobrado o fornecimento da segunda via do cartão. 12.2 – 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, 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. 12.3 – Os ônus decorrentes da ausência do BENEFICIÁRIO a qualquer consulta será de sua exclusiva responsabilidade. 12.4 – A CONTRATADA poderá proceder à alteração na rede credenciada para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. 12.5 – Fica estabelecido que o contratante e todos os seus dependentes inscritos sob sua responsabilidade, quando atendidos em outra localidade, terão cobertura das conforme sua contratação de origem. 12.6 – A falta do usuário à hora marcada com o profissional, desde que não justificada com antecedência mínima de 6 (seis) horas, implicará no pagamento de uma “taxa de falta”, cujo valor consta na tabela de procedimentos cobertos. 12.7 – Usuários que desistirem do Plano, e tendo utilizado dos serviços do mesmo, não fará jus a quaisquer reembolsos de mensaisidades ou pagamentos de franquias.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO REEMBOLSO DE DESPESAS 13.1 – Despesas podem ser reembolsadas tendo o atendimento odontológico, vinculados à cobertura contratada, ocorrido em sua área de abrangência não conseguido comprovadamente o atendimento, conforme a Tabela de Co-participação/Franquia Odontoponta – Produto COP TOP, disponível no site www.odontoponta.com, tendo como base de reembolso o valor que o beneficiário pagaria de co-participação/franquia pelo procedimento realizado. 13.2 – Os reembolsos serão efetuados de acordo com as normas administrativas da CONTRATADA, mediante a apresentação de documentos e laudos odontológicos originais, conforme definido a seguir: a) recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta; b) nome do BENEFICIÁRIO atendido; c) nome do titular ou responsável pelo contrato; d) valor unitário dos procedimentos em moeda corrente; e) assinatura e carimbo do responsável pela realização do atendimento (dentista); f) CPF/CNPJ e CRO do dentista ou da clínica; g) data da realização do evento; h) radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se for necessária a avaliação técnica do procedimento realizado); i) Dados necessários do cliente: CPF do titular do plano, conta bancária, nome e número do banco, nome e número da agência bancária; j) Os documentos (recibos e laudos) deverão ser entregues ou enviados à CONTRATADA, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que ocorrer o evento odontológico. 13.3 – O reembolso de que trata esta cláusula será efetuado em um prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega da documentação completa na central de reembolso da CONTRATADA. 13.4 – Se a documentação não contiver todos os dados completos, a CONTRATADA poderá solicitar do BENEFICIÁRIO a complementação de informações 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 CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - VIGÊNCIA DO CONTRATO 15.1 – O período de nos itens anteriores, a operadora efetuará o acerto a débito ou a crédito, sendo que: a) vigência do contrato será de 12 meses, contados a partir da data de confirmação do Se a opção inicial foi pelo pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda pagamento referente à mensalidade inicial ou anualidade, e sua renovação será parcelas a vencer na ocasião, a operadora providenciará o cancelamento destas automática, vigorando por prazo indeterminado. Caso não haja concordância com a parcelas futuras junto à administradora do cartão e encaminhará para esta última o valor renovação automática, o CONTRATANTE deverá notificar a CONTRATADA relativo à respectiva rescisão, a qual deverá ser paga em uma única parcela pelo titular. previamente por escrito com antecedência de 60 dias. 14.2 – A data do vencimento das parcelas mensais será nos quintos dias úteis dos meses subsequentes.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – CARÊNCIAS 15.1 – Período ininterrupto durante o qual o BENEFICIÁRIO não terá direito a determinadas coberturas previstas no contrato. BENEFICIÁRIO, deduzindo o valor da respectiva rescisão. 19.4 – Após o primeiro ano 15.2 – Carências contratadas: a) 24 (vinte e quatro) horas para procedimentos de urgência, b) 24 (vinte e quatro) horas para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, mediante aviso prévio à CONTRATADA, através de formalização em seus canais de disfunção temporo-mandibular, endodontia, odontologia preventiva, ortodontia, atendimento digital. 19.5 – A CONTRATANTE obriga-se a devolver os cartões de periodontia, prótese, radiologia.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE 16.1 – A extravio tenha sido previamente comunicado, a não devolução implicará cobrança de formação de preço pré-estabelecida, ou seja, o valor das mensalidades/anualidades é valor correspondente à taxa de emissão de segunda via para fins de desabilitação à calculado antes da utilização das coberturas contratadas. 16.2 – O titular se distância. 19.6 – a Rescisão deste contrato não causará alteração ou prejuízos em responsabiliza pelo pagamento de suas mensalidades/anualidades e de seus relação aos serviços odontológicos em andamento, referentes à tratamentos já dependentes. 16.3 – Caso o BENEFICIÁRIO não receba o seu boleto bancário ou outro autorizados, sendo vetadas as aprovações de novos tratamentos a partir da data da instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar rescisão.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA - DISPOSIÇÕES GERAIS 20.1 – As divergências de O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, natureza odontológica sobre o atendimento previsto no presente contrato, incluindo o não implicando novação contratual ou transação. 16.5 – No atraso de pagamento das mensalidades, haverá cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo CONTRATANTE, outro pela (um por cento) ao mês, sem prejuízo da sua atualização monetária, incidindo sobre o CONTRATADA e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. 20.2 – Se débito em atraso. 16.6 – O pagamento da mensalidade referente a determinado mês não não houver acordo quanto à escolha do dentista desempataador, a sua designação será quita débitos anteriores. 16.7 – Independentemente da utilização dos serviços prestados, solicitada ao presidente de uma das entidades odontológicas sediadas na localidade do é obrigação do titular pagar as mensalidades/anualidades de acordo com o estabelecido escritório da CONTRATADA. 20.3 – Cada uma das partes pagará os honorários do pela proposta de adesão. 16.8 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à dentista que designar. E os do terceiro dentista serão pagos pelo responsável deste CONTRATADA se a CONTRATANTE não possuir comprovantes devidamente contrato e pela CONTRATADA, em partes iguais. 20.4 – Não é admitida a presunção de autenticados por banco ou escritório central autorizado pela CONTRATADA. 16.9 – A que a CONTRATADA ou qualquer BENEFICIÁRIO possam ter conhecimento de CONTRATANTE reconhece expressamente, que os valores devidos por força do circunstâncias que não constem deste contrato, de seus aditivos ou de comunicação presente contrato, constituem dívida líquida e certa, facultando à contratada proceder a posterior por escrito. 20.5 – Fazem parte do presente contrato seus anexos e cobrança por via executiva, extrajudicial ou judicial acrescido de seus encargos a regulamentos, bem como a proposta contratual, a rede credenciada da CONTRATADA atualizações monetárias. 16.10 – Correrão por conta da contratante, as despesas com definida pelo tipo de plano contratado, os recibos de pagamento e o Rol de honorários, custas judiciais e outros encargos decorrentes da execução da dívida.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – REAJUSTE 17.1 – Reajuste anual a contar da data (ANS). 20.5.1 – O Rol de Procedimentos Odontológicos é atualizado pela ANS e está inicial de contração - O valor da contraprestação pecuniária e a tabela de preços para disponível no site www.ans.gov.br e acessível por meio do site www.odontoponta.com. novas adesões terão reajuste financeiro, anualmente, de acordo com a variação de 20.6 – Será de responsabilidade da operadora entregar ao BENEFICIÁRIO titular, índice de reajuste divulgado pela ANS.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO 18.1 – A exclusão de dependentes somente será realizada mediante Será de responsabilidade da operadora o envio ao BENEFICIÁRIO titular do Guia de pedido por escrito do titular. 18.2 – O titular obriga-se à devolução do cartão de Leitura Contratual (GLC), que acessível por meio do site www.odontoponta.com. 20.8 – identificação destinado ao uso do sistema, responsabilizando-se por valores A autorização, por parte da CONTRATADA, de eventos não previstos ou excluídos neste correspondentes ao eventual uso indevido desse documento. 18.3 – O titular e/ou contrato não confere à CONTRATANTE direito adquirido e/ou extensão da abrangência dependentes perderão sua condição nos seguintes casos: a) Qualquer ato ilícito de coberturas do presente contrato, caracterizando mera liberalidade da CONTRATADA. praticado pela CONTRATANTE bem como seus dependentes, na utilização do objeto 20.9 – A tolerância ou a demora da CONTRATADA em exigir da CONTRATANTE o deste contrato; b) utilização indevida do cartão de identificação; c) omissão ou distorção cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas, ou mesmo a sua omissão de informações em prejuízo da CONTRATADA ou do resultado de perícias ou exames, quanto a tais questões, não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a quando solicitados; d) Em caso do CONTRATANTE ou dependente tentar dificultar ou qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento. 20.10 – A CONTRATANTE e seus impedir a realização de exames ou diligências necessárias para a salvaguarda dos dependentes autorizam a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais direitos da Operadora ou à redução de seus eventuais prejuízos; e) Prática de fraude, solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde. 20.11 – Casos omissos mediante procedimento administrativo específico. f) Prática de infrações com o objetivo e eventuais duvidas deverão ser resolvidos entre os contratantes e serão objeto de de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem. g) Perda dos vínculos de aditivo ao presente contrato, quando couber.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO 22.1 – Ambas as partes elegem o Foro da comarca de residência do contratante para o caso de litígio ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NONA – RESCISÃO 19.1 – A CONTRATADA terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, em caso de atraso no pagamento das mensalidades por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato. 19.1.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput encontra-se condicionado à inequívoca notificação do devedor até o 50º (quingagésimo) dia de inadimplência. 19.2 – A CONTRATADA fará uso dos recursos legais necessários para a cobrança das mensalidades em atraso, incluindo a inscrição do devedor nos cadastros de inadimplentes, mantidos por instituições de proteção ao crédito. 19.3 – Em caso de rescisão do contrato ou eventual exclusão de BENEFICIÁRIO(S), que não seja por motivo de morte, antes de 12 meses de vigência inicial, incidirá à CONTRATANTE o pagamento de rescisão de 30% (trinta por cento) das mensalidades restantes para completar o período, relativo ao número de BENEFICIÁRIOS excluídos, independentemente da utilização. 19.3.1 – Em caso de cancelamento, o valor proporcional de que trata o item 19.3 será calculado: valor anual do contrato dividido por 12 (doze) e multiplicado pela quantidade de meses restantes para completar o período de 12 (doze) meses de vigência e, multiplicado por 0,3. 19.3.1.1 – Observado o disposto

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 enfermária. 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: 20201-040
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, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado 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 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.

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.

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.

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 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.

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.	

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.

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

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.

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