



PORTO ALEGRE
PLANOS ODONTOLÓGICOS

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO Nº 1420

a) *qualificação da operadora:* **UNIODONTO PORTO ALEGRE COOPERATIVA ODONTOLÓGICA LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Independência nº 914, Porto Alegre, RS, inscrita no CNPJ/MF sob nº 88.938.089/0001-82, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o nº 36.643-9, neste ato por seus diretores, doravante denominada **UNIODONTO**.

b) *qualificação do contratante:* **SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 06.274.668/0001-03, com sede na Av. Getulio Vargas nº 275 – Bairro: Menino Deus – Porto Alegre/RS – CEP: , neste ato por seus representantes, **doravante denominada CONTRATANTE**

c) *nome comercial e nº de registro do plano na ANS:*

Nome Comercial: **Odonto Premium II**
Registro de Produto ANS nº: **474.753/15-4**

d) *tipo de contratação:* **COLETIVO POR ADESÃO**

e) *segmentação assistencial do plano de saúde:* **EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA.**

f) *área geográfica de abrangência do plano de saúde:* **NACIONAL**

g) *formação do preço:* **Regime Misto de Pagamento.**

h) *Inscrição e Mensalidade:*

Inscrição	R\$ 7,73
Mensalidade por beneficiário inscrito	R\$ 35,00

i) *Cobertura em Pós-pagamento*

Cobertura em pós pagamento		
Código	Procedimento	R\$
86000357	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo	89,25
86000373	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível	89,25

j) *Data de vencimento:* **dia 12 de cada mês.**

k) *Valor de Emissão de 2ª Via de cartão de identificação:* **R\$ 7,73**

l) *Valores máximos de reembolso de Urgência/Emergência:*

Procedimento	SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 8:00 ÀS 18:00 HORAS	HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS
Consulta Odontológica de Urgência	100 US	100 US
Colagem de Fragmentos Dentários	100 US	100 US



PORTO ALEGRE
PLANOS ODONTOLÓGICOS

Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	100 US	100 US
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	100 US	100 US
Imobilização Dentária	100 US	100 US
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	100 US	100 US
Redução de Luxação da Atm	100 US	100 US
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	100 US	100 US
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	100 US	100 US
Tratamento de Abscesso Periodontal	100 US	100 US
Tratamento de Alveolite	100 US	100 US
Tratamento de Odontalgia Aguda	100 US	100 US

O CONTRATANTE declara ter recebido previamente à assinatura do contrato o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS.

O Contratante declara, ainda, que foi oferecido um plano com cobertura mínima contemplando todo o rol de procedimentos odontológicos definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o regime de pré-pagamento, mas que por conveniência resolveu optar por este de regime misto de pagamento.

****A presente proposta de adesão integra o contrato referente ao mesmo produto registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar****

Porto Alegre, 01 de janeiro de 2021.

CONTRATADA

DocuSigned by:

328966B9A9AB472...

Júlio César Córdova Maciel
Presidente

DocuSigned by:

F4AC3322194F4AF

José Augusto dos Santos Rodrigues
Superintendente

TESTEMUNHA

DocuSigned by:

F9965DB41D4443A...

Diogo Monticeli Rocha
CPF: 006.100.630-06

CONTRATANTE

DocuSigned by:

AE5B5CF2B88D4FA...

Jodar Pedroso Prates
Presidente

DocuSigned by:

542FE21424CF468...

Glayco De Bem Almeida
Diretor Financeiro

TESTEMUNHA

DocuSigned by:

3DEFE21AD9CD40D...

Alberto Freire Ledur
CPF: 003.630.710-67



PORTO ALEGRE
PLANOS ODONTOLÓGICOS

CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO nº 1420

Registro de Operadora ANS nº 36.643-9
Registro de Produto ANS nº 474.753/15-4

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, para garantir a execução dos atos odontológicos dispostos neste contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

1.2. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

 **2.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.**

 **2.1.1. São beneficiários titulares, para efeito deste contrato, as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.**

 **2.2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:**

- a) o cônjuge;
- b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) os filhos;
- d) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- e) os netos e bisnetos;

 **2.2.1. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Titular no plano privado de assistência à saúde.**

 **2.3. A inclusão do beneficiário titular e respectivos dependentes será processada no ato da celebração deste contrato, ou posteriormente até o dia 20 (vinte) de cada mês, por meio da relação escrita, que integra este contrato para todos os fins de direito.**

2.3.1. O pedido de inclusão deverá conter todos os dados dos beneficiários exigidos pela norma em vigor para envio de cadastro de beneficiários à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cabendo ao CONTRATANTE atualizá-los e complementá-los sempre que solicitado pela UNIODONTO para o cumprimento das obrigações frente ao órgão regulador.

2.3.2. O pedido de inclusão de beneficiários, titulares ou dependentes, pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados nas cláusulas anteriores,



podendo a UNIODONTO, no momento da inscrição, solicitar documento hábil que permita a comprovação.

2.3.3. Havendo mais de um contrato de assistência odontológica celebrado pelas mesmas partes, deverão ser observadas as seguintes regras:

- a) o plano para benefício dos dependentes não poderá ser diferente daquele em que o beneficiário titular estiver inscrito;
- b) na hipótese de *downgrade*, ou seja, inscrição em plano com cobertura inferior ao anterior, não será admitida a inclusão antes de cumprido o prazo mínimo de permanência no plano com cobertura superior;
- c) a nova inclusão em plano com cobertura superior (*upgrade*) ou inferior (*downgrade*) ensejará contagem de novo período mínimo para permanência no respectivo contrato.

2.4. É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos conforme rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações, e as coberturas adicionais conforme previsto nas cláusulas seguintes.

3.2. Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento) os seguintes atos odontológicos:

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia

EXAMES

- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial)
- Teste de Fluxo Salivar
- Teste PH da Saliva

RADIOLOGIA

- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

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

ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética

3.2.1. Além dos procedimentos do rol divulgado pela ANS, são adicionalmente pelo pagamento fixo (pré-pagamento) os seguintes atos odontológicos:

RADIOLOGIA

- Fotografia
- Modelos ortodônticos
- Radiografia da ATM
- Radiografia da mão e punho - carpal



- Telerradiografia com traçado cefalométrico
- Tracionamento Cirúrgico com finalidade ortodôntica

3.3. Os procedimentos odontológicos abaixo serão cobertos pelo regime de pós-pagamento, podendo ser utilizada a rede cooperada de cirurgiões-dentistas mediante o pagamento integral de cada ato utilizado, diretamente à UNIODONTO, nos valores descritos no item “i” da proposta de adesão.

ORTODONTIA

- Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo
- Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível

3.4. As atualizações do rol de procedimentos integrarão a cobertura pós-paga a que se refere a cláusula anterior (3.3.), sendo acrescentadas à tabela constante no item “i” da proposta de adesão.

3.5. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura deste contrato ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética.

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1. O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de início da vigência fixada na proposta de adesão e, na sua ausência, da assinatura do contrato, desde que até estes momentos não seja feito nenhum pagamento à operadora.



5.2. O contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1. Para os atos cobertos em pré-pagamento, os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo Máximo Legal	Prazo Contratado
Urgência/Emergência	24 horas	Sem Carência
Consulta Odontológica	180 dias	Sem Carência
Exodontia Simples	180 dias	Sem Carência
Diagnóstico	180 dias	Sem Carência
Condicionamento	180 dias	Sem Carência
Radiologia	180 dias	Sem Carência
Prevenção em Saúde Bucal	180 dias	Sem Carência
Dentística	180 dias	Sem Carência
Periodontia	180 dias	Sem Carência
Endodontia	180 dias	Sem Carência
Ortodontia (Documentação Básica/Completa – Manutenção/Aparelho Fixo/Ortopédico) Ortodôntica	180 dias	60 dias
Cirurgia	180 dias	Sem Carência
Prótese	180 dias	Sem Carência
Demais Casos	180 dias	Sem Carência

6.1.1. Para os atos cobertos em pós-pagamento não haverá cumprimento de prazos de carência.

6.2. A contagem da carência se inicia na data da chegada, na UNIODONTO, do pedido de inclusão/adesão do beneficiário enviado pelo CONTRATANTE.

6.3. A carência não será exigida desde que o beneficiário ingresse no plano em até 90 (noventa) dias contados da celebração do contrato coletivo.

6.3.1. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que estes tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante, após o transcurso do prazo definido nesta cláusula e a inclusão seja formalizada até 30 (trinta) dias da data de aniversário do contrato.

6.3.2. Após o transcurso dos prazos definidos nesta cláusula, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência definidos neste instrumento.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

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



VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1. A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas.

8.1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os previstos no rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas atualizações.

8.1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência **até o limite dos valores previstos no item “I” da proposta de adesão.**

8.1.3. Os valores máximos de reembolso não serão inferiores ao praticado pela UNIODONTO com sua rede prestadora de serviços.

8.2. O reembolso será efetuado, no montante despendido pelo beneficiário, limitado aos valores fixados neste contrato, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral:

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
- b) orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
- d) recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.

8.2.1. O beneficiário perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

IX – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

9.1. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o *Manual do Beneficiário* vigente ou através da *Internet* no endereço <http://www.uniodontopoa.com.br>, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

9.2. O cirurgião-dentista lavrará plano de tratamento dos atos odontológicos que deverá ser aprovado pela UNIODONTO antes de sua execução, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

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

9.4. A UNIODONTO, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento



de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

9.4.1. Na aplicação da auditoria odontológica inicial, a UNIODONTO se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

9.5. Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da UNIODONTO e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima, cuja remuneração ficará a cargo da UNIODONTO.

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

9.6. Neste ato é entregue ao CONTRATANTE o *Manual do Beneficiário*, editado pela UNIODONTO, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação, com os respectivos endereços, das cooperativas participantes do Sistema UNIODONTO, devendo, entretanto, o beneficiário, ao utilizar-se dos serviços, confirmar as informações nele contidas em razão do processo dinâmico do quadro de cooperados e da rede contratada e/ou credenciada.

9.6.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço <http://www.uniodontopoa.com.br>.

X – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1. Este contrato é regido pelo regime misto de pagamento, ou seja, parte dos procedimentos estará coberta por valor fixo e o restante dos procedimentos pelo regime de pós-pagamento, de acordo com a utilização.

10.2. O CONTRATANTE obriga-se a pagar à UNIODONTO a inscrição, a mensalidade e os procedimentos cobertos em pós-pagamento, nos valores relacionados na proposta de adesão.

10.2.1. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.

10.2.2. Não poderá haver distinção quanto ao valor entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados.

10.3. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:

- a) da inscrição, uma única vez, quando da inclusão de beneficiários, cobrada juntamente com mensalidade imediatamente vincenda;
- b) da mensalidade, a cada período mensal, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano;
- c) os procedimentos cobertos em pós-pagamento, no mês imediatamente seguinte ao da ocorrência, na mesma data de vencimento da mensalidade.



10.3.1. As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão, realizando-se os acertos dos valores nos meses subseqüentes caso não seja possível sua alteração e remessa até o vencimento.

10.3.2. Havendo variação de preço de mensalidade pelo número de aderentes, a apuração da cobrança será realizada no momento do faturamento, majorando ou diminuindo o valor *per capita* conforme a faixa de número total de inscritos.

10.3.3. O CONTRATANTE poderá solicitar que a cobrança se realize separadamente por filiais ou centros de custo, bastando, para tanto, comunicação escrita e assinada remetida à UNIODONTO, desde que respeitada, na inclusão de beneficiários, a mesma separação.

10.4. As inscrições e mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.

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

10.4.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO para que não se sujeite às conseqüências da mora.

10.5. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2 % (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.

10.6. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE em cadastro de restrição ao crédito.

XI - REAJUSTE

PREESTABELECIDO

11.1. Nos termos da lei, os valores da contraprestação preestabelecida e inscrição serão reajustados anualmente pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado, da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), ou pelo índice que venha a substituí-lo.

11.2. Além da atualização prevista no artigo anterior, desde que não esteja vedado pela regulamentação, o valor das mensalidades será revisto, anualmente, visando recompor o equilíbrio econômico do contrato, quando houver utilização dos procedimentos acima da média prevista (sinistralidade), aumento dos custos dos insumos que compõem a assistência contratada, ou ainda, acréscimo de novos procedimentos ou métodos de elucidação diagnóstica e tratamentos.

11.2.1. No caso de reajuste por sinistralidade, o índice de médio em razão do preço da mensalidade contratado será de 70 % (setenta por cento).

11.2.2. O índice para recomposição do preço por sinistralidade será apurado da seguinte forma:



$$R = S - 1 \\ S_m$$

Onde:

R: percentual de reajuste por sinistralidade, quando maior que zero

S: percentual de sinistralidade do período anterior apurado (mínimo de 12 meses)

SM: percentual de meta de sinistralidade apontada na cláusula 11.2.1.

11.3. Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

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

11.5. O contrato não receberá reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária (se prevista neste contrato), migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656/98.

11.5.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.

PÓS-ESTABELECIDO

11.6. A tabela de preços dos procedimentos sujeitos à cobertura em pós-pagamento, prevista no item "i" da proposta de adesão ao contrato, será reajustada no mês de dezembro de cada ano, de acordo com a variação de custo dos procedimentos e materiais.

11.6.1. Os preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento poderão, ainda, ser reajustados pelos mesmos índices de correção previstos para o reajustamento da contraprestação pré-estabelecida.

11.6.2. As atualizações dos procedimentos em pós-pagamento serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, e serão enviadas ao CONTRATANTE.

11.6.3. Fica estabelecido que os valores dos atos em pós-pagamento relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data base acima descrita, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

COMUNICAÇÃO À ANS

11.7. Os reajustes serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

XII - FAIXAS ETÁRIAS

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

XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

13.1. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar exclusão de beneficiários.



13.1.1. A UNIODONTO só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência do CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência de 30 (trinta) dias, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato.

13.2. Será excluído do plano:

13.2.1. o beneficiário titular:

- a) pela denúncia ou rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante;
- c) por fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

13.2.2. o beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) fraude apurada de acordo com a legislação vigente.

13.3. O pedido de exclusão será processado na mesma data acertada pelas partes para a inclusão de beneficiários, cessando a responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do plano no último dia do prazo de ___ dias a partir da informação, correndo as despesas a partir daí por conta do excluído.

13.4. A exclusão do titular acarreta a automática exclusão dos seus dependentes.

13.5. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente, ocorrer antes de completados 12 (doze) meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa pecuniária de 40% (quarenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

13.5.1. A multa não será devida em caso de falecimento tanto do titular como de qualquer dependente, comunicada pelo CONTRATANTE.

XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO

SUSPENSÃO

14.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 60 (sessenta) dias implicará, mediante comunicação escrita, na suspensão do contrato, ficando suspensas as aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

RESCISÃO

14.2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente contrato enseja sua rescisão mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

14.2.1. Quando houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, a CONTRATADA notificará



a CONTRATANTE até o quinquagésimo dia de inadimplência, por todos os meios de comunicação existentes, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

Os meios alternativos tratados no parágrafo anterior, serão:

- a) Endereço eletrônico (e-mail) cadastrado no sistema da operadora e informado pela contratante;
- b) Mensagem de texto (sms) para o telefone móvel cadastrado no sistema da operadora;
- c) Whatsapp para o para o telefone móvel cadastrado no sistema da operadora;
- d) Ligação gravada para todos os números de contato fornecidos pela parte contratante no momento de seu cadastro no plano de saúde;
- e) Outros meios eletrônicos e/ou digitais possíveis que possam vir a surgir, durante a vigência deste contrato.

14.2.2. Constitui causa expressa de rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado previamente, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- c) as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 02 (duas) pessoa(s), ou ainda, nos 03 (três) primeiros meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- d) descumprimento das cláusulas e condições deste Contrato.

14.2.3. Se a rescisão, por uma das hipóteses do item anterior, ocorrer durante os 12 (doze) meses iniciais de vigência deste contrato, o CONTRATANTE se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária de 40% (quarenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado, sem prejuízo da apuração e ressarcimento dos danos na forma do *caput* desta cláusula.

DENÚNCIA

14.3. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, **sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 40% (quarenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.**

14.3.1. Após a vigência do período de 12 (doze) meses, o contrato poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

DISPOSIÇÕES COMUNS

14.4. Ocorrendo qualquer das hipóteses de extinção do contrato (não prorrogação da vigência, denuncia motivada ou imotivada), no prazo previsto entre a data da notificação e do término da relação, não haverá inclusão de novos beneficiários.

14.5. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de aviso de denúncia ou rescisão.

XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES

15.1. Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

I – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS: autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

II - BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular, seus respectivos dependentes, ou ainda, agregados.

III - CARÊNCIA: é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do contrato, durante o qual os beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

IV- CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: é a cédula onde se determina a identidade do beneficiário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada etc.) e é, também, o comprovante de sua inscrição no plano.

V - COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VI- COBERTURA PRÉ-PAGA: é a cobertura utilizada sem ônus adicional decorrente da contribuição fixa paga pelo CONTRATANTE.

VII- COBERTURA PÓS-PAGA: é a cobertura de procedimentos odontológicos mediante seu pagamento integral, de acordo com os valores previstos no item “I” da proposta de adesão a este contrato.

VIII- CONSULTA: é o ato realizado pelo cirurgião-dentista que avalia as condições clínicas do beneficiário.

IX– CONTRATANTE: a pessoa jurídica (qualificada na proposta de admissão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde para benefício das pessoas a ela vinculadas.

X – CONTRATADA: é a operadora de planos privados de assistência à saúde, denominada no contrato como UNIODONTO, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus cirurgiões-dentistas cooperados.

XI - CONTRATO COLETIVO: é um contrato cujo CONTRATANTE é uma pessoa jurídica.

XII - CONVIVENTE: é a pessoa que vive em união estável com outrem em intimidade, familiaridade, concubinato ou mancebia; amigado; amasiado; companheiro.

XIII - COOPERADO: é o cirurgião-dentista que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho odontológico, existentes no Sistema Nacional UNIODONTO.

XIV - INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

XV- MENSALIDADE: é a quantia a ser paga mensalmente à UNIODONTO, em face das coberturas previstas no contrato, ou sua mera disponibilidade; contraprestação.

XVI - PLANO: é a opção de coberturas adquirida pelo CONTRATANTE.

XVII - PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento preenchido pelo CONTRATANTE que expressa a constituição jurídica das partes e firma as condições do contrato.

XVIII - SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTOS, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XIX - TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores, aplicada às hipóteses em que seja necessária a aferição de preços dos serviços de assistência à saúde. Esta tabela está registrada no 2º Cartório de Registro de Títulos e Documentos de Pessoa Jurídica de Porto Alegre, sob o nº 82685.



XX - UNIODONTO: é uma cooperativa de cirurgiões-dentistas, regida pelos artigos 1093 a 1096 do Código Civil e pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida pelos próprios odontólogos.

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

15.2. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero masculino quando há referência ao(à) CONTRATANTE, aos(às) beneficiários(as), aos(às) filhos(as), aos(às) menores etc.

15.3. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

15.4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

- a) qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;**
- b) utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;**
- c) omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;**
- d) descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.**

15.4.1. No conceito de fraude incluem-se a má-fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

15.5. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

15.5.1. A emissão da segunda via do cartão de identificação será cobrada do CONTRATANTE no valor descrito na proposta de adesão ao contrato (item "k").

15.6. O uso indevido do cartão de identificação, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos em face do beneficiário titular respectivo, bem como a exclusão do mesmo e de seus dependentes.

15.6.1. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

15.7. Os beneficiários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

15.8. O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a cooperativa Uniodonto qualificada na proposta de adesão, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

15.9. Em caso de comercialização deste contrato fora do estabelecimento da UNIODONTO, fica garantido ao CONTRATANTE o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao



da contratação, **caso em que serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos cobertos nos valores descritos neste contrato e/ou na Tabela de Referência.**

15.10. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

15.11. O CONTRATANTE autoriza a UNIODONTO a obter o diagnóstico dos BENEFICIÁRIOS sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

15.12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.

15.13. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

XVI - ELEIÇÃO DE FORO

16.1. Fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Porto Alegre, 01 de janeiro de 2021.

CONTRATADA

DocuSigned by:

328966B9A9AB472...

Júlio César Córdova Maciel
Presidente

DocuSigned by:

F4AC3322194E4AE...

José Augusto dos Santos Rodrigues
Superintendente

TESTEMUNHA

DocuSigned by:

F9965DB41D4443A...

Diogo Monticeli Rocha
CPF: 006.100.630-06

CONTRATANTE

DocuSigned by:

AE5B5CF2B88D4FA...

Jodar Pedroso Prates
Presidente

DocuSigned by:

542FF21124CF468...

Glayco De Bem Almeida
Diretor Financeiro

TESTEMUNHA

DocuSigned by:

39EFE21AD9CD40D...

Alberto Freire Ledur
CPF: 003.630.710-67



ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Operadora: Uniodonto Porto Alegre Cooperativa odontológica LTDA.

CNPJ: 88.938.089/0001-82

Nº de registro na ANS: 36643-9

Site: <http://www.uniodontopoa.com.br>

Tel.: (51) 3302-4000

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os **planos com contratação individual ou familiar** são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os **planos com contratação coletiva** são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial ou por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

Carências

Planos individuais ou familiares: É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos

Planos Coletivos:

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 à pessoa jurídica contratante.

Coletivo Empresarial com menos de 30 participantes: É permitida a exigência de cumprimento de carência nos 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.

ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Mecanismo de regulação: É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui coparticipação 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.

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 superiores 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.



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos.

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, 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 coparticipação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantém 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 proporcionais 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-empregado ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

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

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

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

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto 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 enfermagem.



PORTO ALEGRE
PLANOS ODONTOLÓGICOS

ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque-ANS: 0800 701 9656
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 www.ans.gov.br
Rio de Janeiro – RJ ouvidoria@ans.gov.br



PORTO ALEGRE

PLANOS ODONTOLÓGICOS

Operadora: Uniodonto Porto Alegre Cooperativa odontológica LTDA.

CNPJ: 88.938.089/0001-82

Nº de registro na ANS: 36643-9

Site: <http://www.uniodontopoa.com.br>

Tel.: 51 – 3302.4000

GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	1
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	1
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória 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.	1
COBERTURAS 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 a 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.	4
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.	7
CARÊNCIAS	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período 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, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	8
MECANISMOS DE	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou	9



REGULAÇÃO	coparticipação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	7
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 de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	11
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, 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 sua regulamentação.	-

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Disque-ANS: 0800 701 9656
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 www.ans.gov.br
Rio de Janeiro – RJ ouvidoria@ans.gov.br