

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA COLETIVO EMPRESARIAL - PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME 2020.09.001

Por este instrumento de Contrato, de um lado a CLINIPAM - CLÍNICA PARANAENSE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, com sede na Rua XV de Novembro, nº 575 - 4º andar - Centro, na cidade de Curitiba, estado do Paraná, inscrita no CNPJ sob o nº 76.882.612/0001-17 e registrada na ANS sob o nº 34078-2, classificada como medicina de grupo, neste ato, representada por seus Diretores, aqui denominada **Contratada** e, de outro lado, a EMPRESA, identificada e qualificada ao final deste Contrato, neste ato representada pelos seus Diretores e doravante denominada **Contratante**, têm entre si, justo e convencionado, o que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

Este Contrato encontra-se devidamente registrado em cartório da Cidade de Curitiba e disponível no portal da operadora www.clinipam.com.br.

DAS CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1.O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços de assistência à saúde àqueles que mantêm vínculo com a CONTRATANTE, bem como a seus Dependentes regularmente inscritos no plano, aqui denominados Beneficiários, conforme previsto no inciso I, do Artigo 1º, da Lei nº 9.656/98 visando a Assistência Odontológica de todos os procedimentos odontológicos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, e por suas respectivas atualizações e modificações, nas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO.

1.2.O presente contrato é de adesão, bilateral gerando direitos e obrigações às partes, nos termos dos artigos 458 a 461, do Código Civil, estando também sujeito às disposições do artigo 54, da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor – CDC).

II – CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

2.1 As características específicas dos planos de saúde contratados estão expressas nas Condições Específicas de Contratação de Plano de Saúde que é parte integrante e indissolúvel do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica Coletivo Empresarial – 2020.09.001.

III - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 A cobertura oferecida neste contrato coletivo empresarial é estendida à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE, conforme previsto na legislação em vigor.

3.2 Podem ser inscritos no contrato, em qualquer dos planos, os Beneficiários Titulares que mantêm ou mantiverem com a CONTRATANTE o vínculo empregatício ou estatutário ativo, assim como:



- a) Sócios e os administradores da pessoa jurídica contratante;
- b) Demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.
- c) Agentes políticos, assim entendidos como o Presidente da República, os Governadores, Prefeitos e respectivos vices; os Ministros e Secretários imediatos dos Chefes do Executivo; os Senadores, Deputados Federais e Estaduais e os Vereadores;
- d) Trabalhadores temporários, os estagiários e os menores aprendizes;

3.3 Podem ser inscritos como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação dos vínculos abaixo indicados em relação ao Beneficiário Titular:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro do Beneficiário Titular, havendo união estável na forma estabelecida no Código Civil, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados;
 - a) Os tutelados e os menores sob guarda;
 - b) Os agregados - pai, mãe, irmãos, avós, netos, tios, sobrinhos, sogro(a), genro, nora, padrasto, madrasta e cunhado(a).

3.4 Para que os Beneficiários sejam admitidos no contrato, em qualquer dos planos, deverá ser apresentada a comprovação do vínculo do Beneficiário titular com a CONTRATANTE, bem como o vínculo entre o Beneficiário Titular e seu Dependente.

3.5 Comprovação de regularidade da CONTRATANTE

3.5.1 A CONTRATADA exigirá, no momento da contratação, a documentação a seguir:

3.5.1.1 Para **Sociedade Comercial**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Comercial atualizado e registrado na Junta Comercial;

3.5.1.2 Para **Sociedade Civil**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Contrato Social da Sociedade Civil atualizado e registrado em Cartório;

3.5.1.3 Para **Sociedade Anônima**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; Estatuto Social da Sociedade Anônima, atualizado e publicado no Diário Oficial;

3.5.1.4 Para **associações, sindicatos, federações e outras entidades**: Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, Estatuto Social ou ato constitutivo equivalente e Ata de eleição da diretoria ou equivalente, devidamente registrado nos órgãos competentes.

3.5.1.5 Para **El – Empresário Individual**: Documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses.

3.5.1.5.1 A regularidade cadastral para o empresário individual será solicitada no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do Contrato.

3.5.2 Comprovação dos Beneficiários Titulares

3.5.2.1 Para inclusão dos funcionários com vínculo empregatício



3.5.2.1.1 Relação atualizada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS acompanhada da última Guia de Recolhimento quitada; ou

3.5.2.1.2 Cópia da Carteira de Registro Profissional, quando solicitada pela CONTRATADA; ou

3.5.2.1.3 Ficha de Registro de Empregados com carimbo e assinatura do representante legal, para funcionários recém admitidos;

3.5.2.1.4 Não obstante a relação dos documentos previstos nos subitens anteriores, a comprovação trabalhista que não puder ser demonstrada pela Guia de Recolhimento do FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, em razão de contratação recente, deverá ser realizada até 90 (noventa) dias após a data de contratação dos respectivos Beneficiários, sob pena de ter cancelado o plano dos mesmos, senão o fizer.

3.5.2.2 Para sócios e administradores: documento societário comprobatório do vínculo com a **CONTRATANTE**.

3.5.2.3 Para estagiários e aprendizes: contrato de estágio ou de aprendizagem, com o respectivo prazo de validade.

3.5.2.4 Para trabalhadores temporários: contrato de trabalho temporário entre a CONTRATANTE e a empresa cedente da mão de obra e o funcionário temporário.

3.5.2.5 Para estatutários: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à CONTRATANTE.

3.5.2.6 Para agentes políticos: Nomeação publicada no Diário Oficial ou documento similar de vinculação à CONTRATANTE.

3.5.3 Comprovação dos Beneficiários Dependentes. Para cada caso específico abaixo, serão solicitados os seguintes documentos:

3.5.3.1 **Cônjuge:** Certidão de Casamento;

3.5.3.2 **Companheiro (a):** do mesmo sexo ou de sexo oposto:

3.5.3.2.1 Escritura Pública de Declaração de União Estável emitida por Cartório de Títulos e Documentos, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência; ou

3.5.3.2.2 Declaração Padrão fornecida pela CONTRATADA, na qual ambos os companheiros declarem a união estável e o início da convivência, com firma reconhecida por ambos e assinatura de duas testemunhas;

3.5.3.2.3 Certidão de Nascimento de Filho em comum;

3.5.3.2.4 Designação em Carteira Profissional.

3.5.3.3 **Filho (a):** Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto; para o filho adotivo, Certidão de Nascimento e documento de adoção;

3.5.3.4 **Tutelado (a) e menor sob guarda:** Certidão de Nascimento ou documento de identidade com foto e Termo de Tutela ou Guarda;

3.5.3.5 **Enteado (a):** Certidão de nascimento em conjunto com a certidão do casamento ou com os documentos elencados no item 3.5.3.2.

3.6 Não será aceita a inclusão de funcionário ou dependente que não tenha a elegibilidade prevista nos itens anteriores, sob pena de a CONTRATANTE responder, perante a CONTRATADA, por todos os ônus e/ou penalidades que eventualmente sejam por ela suportados e/ou impostas, mesmo após o encerramento do contrato.



3.7 A CONTRATADA poderá solicitar e a CONTRATANTE se obriga a fornecer, a qualquer tempo, documentação complementar para averiguação da regularidade do vínculo do Beneficiário com a CONTRATANTE e daquele com seu(s) dependente(s), sendo esta responsável pelas informações prestadas, inclusive referentes aos dados cadastrais dos Beneficiários exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como dos Beneficiários das eventuais Empresas Subcontratantes que eventualmente venham a ser incluídos no plano, as quais se tornarão automaticamente cientes e solidárias às condições contratadas.

3.7.1 A CONTRATANTE tem ciência de que o não fornecimento, o fornecimento incompleto, incorreto e/ou a não atualização dos dados cadastrais dos Beneficiários, poderá acarretar a rejeição do cadastro por parte da ANS, constituindo, ainda, infração às normas editadas por aquela agência, bem como de que as inconsistências nos dados cadastrais poderão impedir a movimentação da massa de Beneficiários, com a obrigatoriedade de pagamento de taxas e ressarcimentos desnecessários pela CONTRATADA à ANS.

3.7.2 Em razão do disposto no subitem anterior, as Partes acordam que, quando da implantação do contrato, se após a análise dos dados cadastrais dos Beneficiários enviados à CONTRATADA forem detectados dados incompletos ou incorretos, a CONTRATANTE se compromete a regularizar as pendências existentes, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação da CONTRATADA, assumindo e isentando-a de todos os riscos, ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, decorrentes do não fornecimento, do fornecimento incompleto, incorreto e/ou da não atualização dos dados cadastrais dos Beneficiários a ela vinculados. A CONTRATANTE responsabiliza-se, ainda, pelos ônus e/ou penalidades, inclusive pecuniárias, que eventualmente sejam suportados/impostos à CONTRATADA pela ANS, em razão da inobservância das obrigações acima citadas, mesmo após o encerramento do contrato, bem como pelos custos envolvidos na obtenção dos referidos dados junto a outras fontes que os disponibilizem, no sentido de sanar tais pendências.

3.8 Regras de inclusão dos Beneficiários

3.8.1 A CONTRATANTE deverá enviar à CONTRATADA, na data da assinatura do contrato, cadastro de todos os Beneficiários titulares e respectivos dependentes que serão inscritos no plano, em impresso próprio fornecido pela CONTRATADA ou através de transferência eletrônica, dentro de layout preestabelecido por ela. A partir da data da inclusão, os Beneficiários terão direito às coberturas contratuais, de modo a surtir os efeitos determinados pela legislação em vigor, inclusive para atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

3.8.1.1 Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela CONTRATANTE, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela CONTRATADA, acarretando a não inclusão dos Beneficiários cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

3.8.1.2 O menor de 12 (doze) anos de idade adotado, sob guarda ou sob tutela, se inscrito até 30 (trinta) dias após a concessão da adoção, guarda ou tutela, aproveitará os períodos de carência, se aplicáveis, já cumpridos pelo Beneficiário titular adotante ou responsável legal.



3.8.1.3 A adesão do grupo familiar dependerá da participação do Beneficiário titular no plano.

3.8.1.4 O plano do Beneficiário Dependente será sempre igual ao do Beneficiário Titular.

3.8.2 A CONTRATANTE informará mensalmente à CONTRATADA, através de transferência por meio eletrônico, dentro de layout preestabelecido pela CONTRATADA a relação dos admitidos, acompanhada dos documentos acima especificados.

3.8.2.1 Todos os campos do impresso e layout acima citados deverão ser preenchidos pela CONTRATANTE, sob pena de as informações cadastrais serem recusadas pela CONTRATADA, acarretando a não inclusão dos Beneficiários cujos dados estiverem incompletos, incorretos ou desatualizados.

3.9 CONDIÇÕES DE ADMISSÃO PARA EX-EMPREGADOS DEMITIDOS OU EXONERADOS SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADOS

3.9.1 Poderão participar os ex-empregados, demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para o plano, assim como seus dependentes que se encontravam regularmente inscritos no plano coletivo empresarial, à época do contrato de trabalho com a CONTRATANTE.

3.9.2 Durante o período de manutenção da condição do benefício, conforme descrito na cláusula Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos, poderão ingressar no contrato apenas novo cônjuge e filhos.

3.10 Transferência de planos

3.10.1 Entende-se por transferência a opção do Beneficiário pela mudança de planos, quando acordada entre a CONTRATANTE e a CONTRATADA, a opção do Beneficiário pela mudança de plano dentre aqueles contratados pela CONTRATANTE.

3.10.2 Periodicamente, em frequência não inferior à anual e em data a ser estabelecida de comum acordo entre a CONTRATADA e a CONTRATANTE, o Beneficiário poderá optar pela transferência de planos.

3.10.2.1 Na transferência entre planos, o Beneficiário deverá permanecer no novo plano pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua efetiva transferência para o novo plano, exceto em caso de desligamento do Beneficiário da CONTRATANTE.

3.10.2.2 Se na solicitação de transferência do plano, o Beneficiário estiver cumprindo carências, estas serão mantidas até o seu término.

3.10.2.3 Na transferência de um plano de menor custo para outro de maior custo, o Beneficiário da CONTRATANTE somente terá direito às características do novo plano, especificamente a Rede Credenciada adicional que vier a ter direito, após 180 (cento e oitenta) dias da data da transferência. A partir desta data será paga a



contraprestação pecuniária correspondente ao plano de maior custo.

3.10.2.4 Nos casos em que o Beneficiário Titular for transferido de plano, todos os seus Dependentes serão automaticamente transferidos para este novo plano.

IV - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 A CONTRATADA assegurará aos Beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas às respectivas condições, a cobertura básica prevista nesta cláusula, compreendendo a cobertura de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia, visando o tratamento de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de doença e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial de Saúde/10º Revisão CID-10, conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, no que se refere à saúde bucal.

4.2 A cobertura odontológica compreende todos os procedimentos abaixo relacionados, nos termos estabelecidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:

4.2.1 DIAGNÓSTICO:

- Diagnostico anátomo em citologia esfoliativa na região Buco Maxilo Facial
- Diagnostico anátomo em material de biopsia na região Buco Maxilo Facial
- Diagnostico anátomo em peça cirúrgica na região Buco Maxilo Facial
- Diagnostico anátomo em punção na região Buco Maxilo Facial
- Consulta odontológica
- Consulta odontológica inicial
- Consulta de auditoria
- Diagnostico e planejamento tratamento odontológico
- Diagnostico e tratamento estomatite herpetica
- Diagnostico e tratamento estomatite candidose
- Diagnostico e tratamento halitose
- Diagnostico e tratamento xerostomia
- Diagnostico por meio de enceramento
- Diagnostico procedimentos laboratoriais

4.2.2 URGÊNCIA

- Consulta odontológica de urgência
- Consulta odontológica de urgência 24h
- Controle de hemorragia com aplicação de hemostático em região Buco Maxilo Facial
- Controle de hemorragia sem aplicação de hemostático em região Buco Maxilo Facial
- Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hemato ou flegmão da região Buco Maxilo Facial
- Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hemato ou flegmão da região Buco Maxilo Facial
- Redução cruenta de fratura alvéolo dentaria
- Redução incruenta de fratura alvéolo dentaria
- Reimplante dentário com contenção (reimplante de dente avulsionado)



- Remoção de dreno extra oral
- Remoção de dreno intra oral
- Sutura de ferida região Buco Maxilo Facial
- Tratamento de alveolite
- Imobilização dentária em dentes deciduos
- Colagem de fragmentos dentários
- Pulpectomia
- Imobilização dentária em dentes permanentes
- Tratamento de abscesso periodontal agudo
- Tratamento de pericoronarite
- Recimentação de trabalhos protéticos

4.2.3 PREVENÇÃO

- Controle de cárie incipiente
- Controle de biofilme (placa bacteriana)
- Aplicação de cariostático
- Aplicação de selante - técnica invasiva
- Aplicação de selante de fossulas e fissuras
- Aplicação tópica de verniz fluoretado
- Atividade educativa em saúde bucal
- Profilaxia polimento coronário
- Remineralização
- Teste de fluxo salivar
- Teste de ph salivar
- Atividade educativa para pais/cuidadores

4.2.4 ODONTOPEDIARIA

- Restauração Ionômero de vidro - 2 faces
- Restauração Ionômero de vidro - 3 faces
- Restauração Ionômero de vidro - 4 faces
- Pulpotomia em dente decíduo
- Condicionamento em odontologia
- Coroa de acetato em dente decíduo
- Coroa de aço em dente decíduo
- Coroa de policarbonato em dente decíduo
- Exodontia simples de decíduo
- Aplicação tópica de flúor
- Restauração atraumática dente permanente
- Restauração temporária/tratamento expectante
- Tratamento endodôntico em dente decíduo
- Restauração atraumática em dente decíduo
- Rest. Ionômero de vidro - 1 face

4.2.5 PACIENTES ESPECIAIS

- Coroa de aço em dente permanente
- Coroa de policarbonato em dente permanente
- Paciente Especial atividade educativa em saúde bucal
- Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais



- Coroa de acetato em dente permanente
- Estabilização física/mecânica pacientes especiais

4.2.6 DENTÍSTICA

- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Restauração amalgama 1 face
- Restauração amalgama 2 faces
- Restauração amalgama 3 faces
- Restauração amalgama 4 faces ou mais (restauração a pino)
- Restauração resina foto 1 face
- Restauração resina foto 2 faces
- Restauração resina foto 3 faces
- Restauração resina foto 4 faces ou mais
- Núcleo de preenchimento
- Capeamento pulpar direto

4.2.7 PERIODONTIA

- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia periodontal a retalho
- Controle pós-operatório em odontologia
- Cunha proximal (distal)
- Enxerto conjuntivo subepitelial
- Enxerto gengival livre
- Enxerto pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Dessensibilização dentária
- Raspagem sub-gengival e alisamento radicular
- Raspagem supra-gengival
- Remoção dos fatores de retenção
- Tratamento de gengivite necrosante aguda

4.2.8 CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação radicular com obturação retrograda (rizectomia)
- Amputação radicular sem obturação retrograda (rizectomia)
- Apicetomia birradiculares com obturação retrograda
- Apicetomia birradiculares sem obturação retrograda
- Apicetomia multirradiculares com obturação retrograda
- Apicetomia multirradiculares sem obturação retrograda
- Apicetomia unirradiculares com obturação retrograda
- Apicetomia unirradiculares sem obturação retrograda
- Aprofundamento e aumento de vestibulo
- Biopsia de boca
- Biopsia de lábio
- Biopsia de língua
- Biopsia de mandíbula
- Biopsia de maxila



- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia odontológica a retalho
- Cirurgia para exostose maxilar (redução de tuberosidade)
- Cirurgia para torus mandibular bilateral
- Cirurgia para torus mandibular unilateral
- Cirurgia para torus palatino
- Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos
- Estabilização por contenção física/mecânica
- Exerese de lipoma na região Buco Maxilo Facial
- Exerese ou excisão de calculo salivar
- Exerese ou excisão de cistos odontológicos (marsupialização de cisto)
- Exerese ou excisão de mucocelo
- Exerese ou excisão de ranula
- Exodontia a retalho
- Exodontia de permanente indicação orto/prot
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de permanente (múltiplas)
- Frenulectomia labial
- Frenulectomia lingual
- Frenulotomia labial
- Frenulotomia lingual
- Odonto-seccao
- Punção aspirativa na região Buco Maxilo Facial
- Punção aspirativa por imagem na região Buco Maxilo Facial
- Reconstrução de sulco gengivo-labial
- Remoção de dentes inclusos / impactados
- Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
- Remoção de odontoma
- Sepultamento radicular
- Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal
- Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal
- Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região Buco Maxilo Facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região Buco Maxilo Facial
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região Buco Maxilo Facial
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos e cartilaginosos
- Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região Buco Maxilo Facial
- Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução
- Tunelização
- Ulectomia
- Ulotomia
- Biopsia de glândula salivar

4.2.9 ENDODONTIA

- Curativo de demora em endodontia



- Remoção de corpo estranho intracanal
- Remoção material obturador intracanal p/retratamento
- Retratamento endodôntico birradicular
- Retratamento endodôntico multirradicular
- Retratamento endodôntico unirradicular
- Tratamento de perfuração endodôntica
- Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
- Tratamento endodôntico birradicular
- Tratamento endodôntico multirradicular
- Tratamento endodôntico unirradicular
- Pulpotomia em dente decíduo
- Pulpotomia

4.2.10 PRÓTESE

- Preparo para núcleo intrarradicular
- Remoção de núcleo intrarradicular
- Ajuste oclusal por acréscimo
- Ajuste oclusal por desgaste seletivo
- Coroa provisória com pino
- Coroa provisória sem pino
- Coroa total em cerômero (dentes anteriores)
- Coroa total metálica
- Coroa total metalo plástica - cerômero
- Núcleo metálico fundido
- Pino pré-fabricado (pinos de retenção)
- Provisório para faceta
- Provisório para inlay / onlay
- Provisório para restauração metálica fundida
- Reembasamento de coroa provisória
- Remoção de trabalho protético
- Restauração metálica fundida

4.2.11 DISFUNÇÃO TEMPORO MANDIBULAR E DOR ORO FACIAL

- Redução simples de luxação de Articulação Temporo Mandibular - ATM

4.2.12 RADIOLOGIA

- Levantamento radiográfico exame radiodôntico
- Radiografia interproximal - bite-wing
- Radiografia oclusal
- Radiografia panorâmica
- Radiografia periapical

4.2.13 Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos para a segmentação odontológica, listados no Rol de Procedimentos vigente a época do evento, serão cobertos pelo plano odontológico.



4.2.14 Os procedimentos cirúrgicos previstos neste plano são passíveis de serem realizados em ambulatório ou consultório com anestesia local.

4.3 Os serviços ora contratados serão prestados através de clínicas e odontólogos credenciados da CONTRATADA, constantes no Manual de Rede Credenciada.

4.4 GARANTIA DE TRANSPORTE

4.4.1 A CONTRATADA garantirá o transporte para a realização dos serviços e procedimentos necessários, de conformidade com o disposto na RN nº 259/11 e suas atualizações, nas situações de:

- a) Indisponibilidade de prestador, integrante ou não da rede assistencial, no município demandado e nos municípios limítrofes, igualmente pertencentes concomitantemente à região de saúde à qual faz parte o município, área de atuação contratada e área de abrangência geográfica do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado;
- b) Inexistência de prestador, integrante ou não da rede assistencial, na área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado;
- c) Indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado e nos municípios limítrofes desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia;
- d) Inexistência de prestador integrante ou não da rede assistencial para o atendimento de casos de urgência e emergência no município demandado, nos municípios limítrofes e na região de saúde desde que pertencentes à área de abrangência geográfica e área de atuação do plano ao qual o Beneficiário esteja devidamente vinculado, sem necessidade de autorização prévia;

4.4.2 A garantia de transporte acima descrita está limitada única e exclusivamente às situações previstas nos itens anteriores.

4.4.3 A garantia de transporte se encontra obrigatoriamente vinculada à prévia, expressa e formal comunicação por parte do Beneficiário à CONTRATADA, através de um dos seus canais de atendimento disponíveis (Central de Atendimento e/ou Portal) com antecedência razoável para que a mesma possa orientar os procedimentos a serem adotados na ocorrência desta situação, e ao mesmo tempo cumprir os prazos determinados para a realização do atendimento.

4.4.4 A modalidade de transporte a ser garantida fica a critério da CONTRATADA, e não serão aceitas solicitações de reembolso de qualquer natureza que evidenciem o descumprimento do que está avençado no parágrafo segundo acima.

4.4.5 A modalidade de transporte garantida pela CONTRATADA será compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do Beneficiário, devidamente atestados pela própria operadora no momento da demanda ou pelo prestador que assiste o Beneficiário.

4.4.6 A garantia de transporte será efetivada das seguintes formas:



4.4.6.1 Em todas as situações previstas nesta cláusula, a CONTRATADA, ao seu critério, proverá os meios necessários para o referido transporte, obedecendo ao disposto nesta cláusula.

4.4.6.2 O transporte médico especializado, através de veículos equipados com esta finalidade e/ou com necessidade de acompanhamento de profissional da área de saúde, só será disponibilizado mediante a apresentação de relatório de profissional odontólogo original que o indique formalmente e que deverá ser encaminhado e analisado pela auditoria da CONTRATADA.

4.4.6.3 Reembolso das despesas de transporte, a ser efetivado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega dos devidos documentos comprovantes das despesas incorridas pelo, quais sejam: a) carta do Beneficiário informando o número do protocolo fornecido por um dos canais de atendimento da CONTRATADA, bem como os demais documentos comprobatórios que permitam a correta identificação e correlação com o evento. O reembolso será realizado preferencialmente através de depósito em conta corrente do Beneficiário ou em conta de pessoa por ele designada formal e expressamente.

4.4.7 A garantia de transporte é extensiva exclusivamente aos acompanhantes de menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos, de acordo com as diretrizes dos procedimentos para os quais a necessidade/garantia destes acompanhantes encontrem-se indicadas. Tais diretrizes encontram-se no Rol de Procedimentos de Saúde e nas Resoluções Normativas, ambos da ANS, que versam sobre este assunto. Para os Beneficiários incapazes ou com limitação física, será necessária a apresentação de documento original contendo justificativa odontológica condizente para que haja a liberação do transporte do acompanhante.

4.4.8 Todas as demais situações não previstas nesta cláusula serão consideradas como exclusão contratual, desobrigando integralmente a CONTRATADA de qualquer ônus ou reembolso de valores pertinentes ao transporte.

V - EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 Os procedimentos e demais itens abaixo relacionados, por serem exclusões legais e contratuais, não são cobertos por este contrato pela forma de pagamento da contraprestação pecuniária mensal, podendo, porém, ser realizados como serviço adicional, no interesse da CONTRATANTE ou do Beneficiário, mediante pagamento por serviços prestados, com exceção dos procedimentos relacionados nos itens 5.1.2, 5.1.7 e 5.1.10, a saber:

5.1.1 Todos os procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações e modificações, salvo quando previstos especificamente no plano do Beneficiário;

5.1.2 Tratamentos e medicamentos odontológicos experimentais e off-label;

5.1.3 Procedimentos odontológicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;



5.1.4 Fornecimento de medicamentos, produtos e materiais importados não nacionalizados e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde ou pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

5.1.5 Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

5.1.6 Implantes dentários, próteses de qualquer natureza e procedimentos em ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares, salvo quando previstos especificamente no plano do Beneficiário;

5.1.7 Tratamentos ilícitos ou antiéticos, não reconhecidos pelo código de ética odontológico, ou pelas autoridades competentes;

5.1.8 Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

5.1.9 Novas técnicas de diagnose e tratamento que venham a requerer equipamentos, substâncias ou procedimentos especializados adotados na prática odontológica após a data da assinatura deste contrato, salvo se posteriormente incluídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

5.1.10 Reembolsos de qualquer natureza, dentro ou fora da Rede Credenciada, com exceção do descrito na Cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência deste contrato;

5.1.11 Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;

5.1.12 Procedimentos buco-maxilo-faciais e quaisquer procedimentos odontológicos usualmente passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, observado o previsto no Rol de Procedimento e Eventos em Saúde da ANS;

5.1.13 Qualquer procedimento que exija internação hospitalar;

5.1.14 Consultas domiciliares;

5.1.15 Os procedimentos previstos no plano, no período em que o Beneficiário ainda esteja no prazo de carência;

5.1.16 Exames complementares e radiológicos com prescrição a atos não cobertos pelo plano contratado;

5.1.17 A garantia de transporte e reembolso, que não estejam previstas na RN nº 259/11 atualizada pela RN nº 268/11.

VI - DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 O presente Contrato terá duração de 12 (doze) meses com renovação automática, por período indeterminado, a contar da data de início de sua vigência, não cabendo cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação, bem como incidência de qualquer período adicional de carência.



6.2 A data de início da vigência do contrato será aquela pactuada entre as partes na Proposta de Contratação e/ou aditamento contratual que regulará as condições especiais desta contratação.

VII - PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1 As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência, que terão início a partir da data de inclusão do Beneficiário no plano:

Prazos	Procedimentos
24 horas	Emergência e Urgência, Diagnóstico, Curativo, Intervenção Clínica e Extração Simples
60 dias	Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística e Cirurgia
90 dias	Periodontia, Endodontia e Prótese Provisória

7.2 Todos os exames e procedimentos não relacionados na tabela acima terão carência de 90 (noventa) dias.

7.3 Eventual redução do prazo de carência que possa ser concedida pela CONTRATADA deverá, obrigatoriamente, ser especificada em aditivo ao contrato. Não havendo menção específica em termo aditivo, prevalece o período previsto nesta cláusula.

7.4 Não será exigido o cumprimento de carências nos contratos com 30 (trinta) ou mais Beneficiários, desde que a CONTRATANTE formalize o pedido de ingresso do Beneficiário em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato ou de sua vinculação a CONTRATANTE.

7.4.1 Nos casos descritos no item 7.4 em que o Beneficiário Titular tenha sido incluído sem exigência de cumprimento de prazos de carência, quando ocorrer à inclusão de novos Beneficiários Dependentes, cuja relação de dependência tenha se verificado durante a vigência do contrato, o prazo para inclusão sem a exigência de prazos de carência será de até 30 (trinta) dias contados da data do evento que originou essa relação, desde que o contrato conte com 30 (trinta) ou mais Beneficiários na data desta inclusão. Após este prazo, os novos dependentes poderão ser incluídos considerando as carências contratuais, se aplicáveis.

VIII - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 Os Beneficiários terão direito à cobertura, nos casos de urgência ou emergência comprovada, de todos os procedimentos previstos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e suas atualizações, nas 24 horas do dia, nos prontos-socorros indicados pela CONTRATADA.

8.2 Classificam-se como atendimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da CONTRATADA, os procedimentos descritos a seguir:

- a) Tratamento de odontalgia aguda;
- b) Imobilização dentária temporária;



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

8.3 Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, vigente à época do evento, definir como de urgência/emergência.

8.4 DO REEMBOLSO:

8.4.1 Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência, ocorridos dentro do território nacional, na área de abrangência geográfica e atuação do plano contratado, quando não for possível a utilização dos serviços da rede de assistência da CONTRATADA, nos termos do artigo 12, IV da Lei nº 9.656/98, as despesas efetuadas pelo Beneficiário com serviços de assistência odontológica cobertos pelo plano contratado, serão reembolsadas após conferência e aprovação da conta odontológica, com base na Tabela de Reembolso Clinipam, devidamente registrada em cartório da cidade de Curitiba, até o limite do valor das notas apresentadas pelo Beneficiário.

8.4.2 O Beneficiário terá o prazo de 12 (doze) meses para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Cartão de Identificação do usuário;
- b) Relatório do profissional odontólogo atestando a urgência ou emergência, com o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados e data do atendimento;
- c) Nota Fiscal ou Recibo Original, sendo necessário o número do CRO do profissional, CPF e telefone de contato;
- d) Descrição do procedimento realizado e respectiva justificativa, raio x inicial e final ou imagens (fotos);
- e) Descrição de materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do prestador;
- f) Demais documentos que se façam necessários.

8.4.3 Serão reembolsáveis somente as despesas vinculadas ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizadas enquanto durar o atestado de urgência ou emergência.

8.4.4 O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.



IX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

9.1.1 A CONTRATADA fornecerá aos Beneficiários o Cartão de Identificação constando o plano em que está inscrito, bem como as carências e demais informações necessárias, cuja apresentação será exigida, juntamente com documento de identificação oficial, sempre que os serviços forem utilizados.

9.1.2 Na Área Restrita do Beneficiário na Web encontra-se o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS, conforme estabelece a RN nº 389/15 e suas atualizações, contendo informações do Beneficiário, inclusive seu Código de Identificação, que poderão ser impressas pelo beneficiário e também substituir o cartão em meio físico.

9.1.3 Nenhum atendimento ao serviço previsto neste contrato será realizado sem a apresentação do Cartão de Identificação do Beneficiário fornecido e expedido pela CONTRATADA para os Beneficiários cadastrados no Plano, acompanhada de documento de identificação oficial, exceto nos casos de urgência e emergência.

9.1.4 É obrigação do CONTRATANTE na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum Beneficiário, não utilizar os serviços contratados, respondendo pelos prejuízos resultantes do uso indevido dos mesmos, não cabendo à CONTRATADA qualquer responsabilidade financeira.

9.1.4.1 Considera-se uso indevido do Cartão de Identificação a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos Beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam Beneficiários.

9.1.4.2 Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer Beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do Beneficiário do plano.

9.2 GERENCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE ODONTOLÓGICA

9.2.1 Ficam estabelecidos neste Contrato mecanismos de gerenciamento das ações de controle em todas as fases de utilização dos serviços assistenciais e da ocorrência dos eventos, em especial: aconselhamento odontológico; monitoramentos; gerenciamentos de casos complexos; direcionamento dentro da sua rede nas diversas especialidades para os locais de atendimento que a CONTRATADA considera preferenciais; segunda opinião odontológica; auditoria técnica odontológica e administrativa; programas de educação preventiva, dentre outros, aplicando os mecanismos de regulação, direcionamento, referenciamento e hierarquização de acesso praticados pela CONTRATADA.

9.3 AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

9.3.1 Para realização dos procedimentos contratualmente cobertos, com exceção do atendimento de Urgência e Emergência, será obrigatória autorização prévia,



através de guia autorizada, emitida após análise das solicitações especificadas pelo cirurgião dentista.

9.3.2 As solicitações de procedimentos serão encaminhadas pelo cirurgião dentista à CONTRATADA de acordo com plano de tratamento especificado por próprio profissional assistente, à exceção dos exames de radiologia, para os quais o próprio Beneficiário deverá solicitar autorização diretamente à CONTRATADA.

9.3.3 As autorizações prévias referentes aos procedimentos solicitados pelo cirurgião dentista poderão ser consultadas na Central de Atendimento por meio dos números de atendimento divulgados no portal da operadora www.clinipam.com.br.

9.3.4 A autorização prévia obedecerá aos prazos para disponibilização do procedimento, conforme definido pela RN 259/11 e RN 395/16, e suas atualizações, e os serviços autorizados devem ser realizados em locais pertencentes à rede credenciada da CONTRATADA.

9.3.5 Os serviços de diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ora contratados podem ser solicitados pelo cirurgião dentista, pertencentes ou não à rede credenciada ou própria da CONTRATADA. No entanto, em todos os casos os atendimentos devem ser OBRIGATORIAMENTE realizados na rede assistencial da CONTRATADA.

9.4 LOCAIS DE ATENDIMENTO

9.4.1 O atendimento de consulta e tratamento de rotina será prestado através da ampla rede credenciada da CONTRATADA, distribuída na área geográfica de abrangência, visando facilitar o acesso do Beneficiário aos serviços objeto deste contrato, não estando nele previsto o atendimento em qualquer estabelecimento ou Centro Clínico público ou privado que não faça parte da rede credenciada da CONTRATADA;

9.4.2 As urgências ou emergências odontológicas serão atendidas nos pronto-socorros odontológicos da rede da CONTRATADA, a qualquer hora do dia ou da noite, incluindo sábados, domingos e feriados, sem necessidade de marcação de consultas;

9.4.3 As solicitações para internações hospitalares, quando necessárias por imperativo clínico, devem ser encaminhadas para as equipes odontológicas indicadas pela CONTRATADA, que as avaliarão e as programarão dentro das necessidades.

9.5 SEGUNDA OPINIÃO E JUNTA ODONTOLÓGICA

9.5.1 A segunda opinião odontológica será utilizada pela CONTRATADA para os casos que julgar necessário, para realização de procedimentos na sua rede, ou para autorizações fora da rede, quando previstas na legislação.

9.5.1.1 A CONTRATADA não negará autorização de procedimento pelo único motivo do profissional solicitante não pertencer à sua Rede Própria ou Credenciada, porém, para autorizá-lo, deverá o caso ser analisado previamente pela sua equipe técnica operacional. Uma vez autorizado o procedimento, este será realizado na



rede da CONTRATADA, com exceção dos casos de urgência ou emergência previstos e normatizados neste Contrato.

9.5.2 Quando houver divergências de qualquer natureza em relação aos serviços prestados, a CONTRATADA providenciará para que o fato seja esclarecido de imediato, quando possível, ou em até 10 (dez) dias úteis, quando for necessária apuração através de documentos ou informações que não estejam em poder do Beneficiário ou da CONTRATADA.

9.5.2.1 O prazo para esclarecimento poderá ser prorrogado quando a apuração do fato depender de diligência ou remessa de documentação necessária para garantir a abrangência da mesma.

9.5.3 Se a divergência for de natureza odontológica e a apuração não resultar em solução de consenso, será constituída uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pela CONTRATADA, outro pelo Beneficiário e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados, para dirimir a divergência, ficando a remuneração deste último a cargo da CONTRATADA, nos termos do disposto na Resolução Normativa nº 424/2017, ficando garantido os prazos de atendimento da RN nº 259/2011 e suas atualizações, todas da ANS.

9.6 SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

9.6.1 A CONTRATADA prestará toda a assistência prevista neste contrato, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada, não sendo de sua responsabilidade os atendimentos realizados fora da rede, exceção feita aos casos de urgência ou emergência que obedecerão ao estabelecido na Cláusula de Atendimento de Urgência e Emergência.

9.6.2 A CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer acordo ajustado particularmente pelos Beneficiários com odontólogos/entidades credenciadas ou não. Tais despesas correm por conta exclusiva do Beneficiário.

9.6.3 Os locais de atendimento do plano estão relacionados no Manual de Rede Credenciada, disponibilizado no portal da operadora www.clinipam.com.br, bem como sua atualização, o qual poderá igualmente ser informado ao Beneficiário através da Central de Atendimento.

9.6.4 A CONTRATADA reserva-se o direito, quando necessário, de modificar ou cancelar o credenciamento de odontologistas ou entidades prestadoras de serviços, constantes na relação da rede assistencial, preservando, entretanto o mesmo nível de atendimento, em observância a Lei nº 9.656/98.

X - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

10.1 Formação do Preço

10.1.1 O valor a ser pago à CONTRATADA pela cobertura assistencial contratada é preestabelecido.



10.1.2 A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária dos Beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a ele já vinculados.

10.2 Pagamento da Contraprestação Pecuniária Mensal

10.2.1 O pagamento das contraprestações pecuniárias à CONTRATADA será de responsabilidade da CONTRATANTE, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

10.2.2 As contraprestações pecuniárias deverão ser pagas mensalmente até a data do vencimento, conforme acordado na Proposta de Contratação, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer nos feriados ou em dia em que não haja expediente bancário.

10.2.3 A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA o valor relacionado na Proposta de Contratação e/ou aditamento, referente à contraprestação pecuniária mensal dos beneficiários inscritos no plano escolhido.

10.2.4 Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA para que não se sujeite a consequência da mora.

10.2.5 O faturamento será efetuado com base no total de Beneficiários (titulares e dependentes), ativos e desligados, no mês em curso. Na falta de informação pela CONTRATANTE do número total de Beneficiários de forma atualizada, fica a CONTRATADA autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o cadastro da CONTRATANTE.

10.2.6 As inclusões e/ou movimentações de Beneficiários deverão ser enviadas pela CONTRATANTE com antecedência de pelo menos 25 (vinte e cinco) dias da vigência mensal do contrato.

10.2.7 Caso algum Beneficiário seja incluído em data posterior à vigência mensal do contrato, haverá cobrança de contraprestação pecuniária proporcional ao tempo da sua inclusão. Caso a exclusão ocorra em data posterior à vigência, esta será processada ao final do período coberto.

10.2.8 A CONTRATANTE se responsabilizará pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos desligados durante o período em que os mesmos permanecerem indevidamente cadastrados.

10.2.9 O número mínimo de Beneficiários para faturamento será determinado na Proposta de Contratação, considerando-se para cálculo este número de Beneficiários.

10.2.10 Ocorrendo impontualidade no pagamento da contraprestação pecuniária, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês pro rata die, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre



o valor do débito em atraso, podendo, outrossim, a CONTRATADA incluir o nome da CONTRATANTE no banco de dados dos órgãos de restrição ao crédito, relativamente aos meses em que não houver pagamento da contraprestação. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para o pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à CONTRATANTE.

10.2.11 A CONTRATANTE reconhece que o valor da contraprestação pecuniária é dívida líquida e certa e que a CONTRATADA poderá exigí-la judicialmente, quando for o caso.

10.2.12 O fato da CONTRATANTE não utilizar qualquer cobertura durante a vigência deste contrato não o exonera do pagamento das contraprestações pecuniárias, uma vez que o plano de saúde esteve disponível para utilização desde o momento da adesão contratual.

10.2.13 O pagamento antecipado da contraprestação pecuniária não elimina nem reduz os prazos de carências previstos na Cláusula Períodos de Carência.

10.2.14 O pagamento de uma contraprestação pecuniária não significa, necessariamente, quitação das anteriores, tão pouco confere direitos aos Benefícios deste contrato caso esteja caracterizada a inadimplência dos meses anteriores.

XI - FAIXAS ETÁRIAS

11.1 Os valores referentes às contraprestações pecuniárias, de cada Beneficiário, não sofrem variação em função da faixa etária.

XII - REAJUSTE

12.1 REAJUSTE FINANCEIRO

12.1.1 O reajuste financeiro da contraprestação pecuniária mensal será aplicado anualmente e de forma automática, no aniversário do contrato, utilizando-se por base o Índice de Variação dos Custos Odontológicos – IVCO, independentemente do Reajuste Técnico.

12.1.1.1 O IVCO compõe-se pela variação anual dos preços dos procedimentos odontológicos, das despesas gerais de administração e do impacto de novos impostos e contribuições sociais incidentes sobre as operações da CONTRATADA.

12.2 REAJUSTE TÉCNICO

12.2.1 Além do disposto na Cláusula de **Reajuste Financeiro**, a contraprestação pecuniária mensal será reajustada em função do índice de sinistralidade (**Reajuste Técnico**), com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial do contrato.

12.2.2 O índice de Reajuste Técnico será calculado em função da sinistralidade, sendo aplicado de forma conjunta e na mesma data do Reajuste Financeiro, de acordo com a fórmula descrita adiante.

12.2.2.1 O índice de sinistralidade para efeito da revisão da contraprestação pecuniária mensal será sempre o resultado da divisão do total da Despesa



odontológica Avisada no período de apuração, pelo total da Contraprestação Pecuniária Mensal Líquida cobrada durante o mesmo período.

12.2.2.2 Sempre que o índice de sinistralidade (I_s) estiver acima de 0,60 (sessenta centésimos), as contraprestações pecuniárias mensais serão reajustadas, por índice apurado pela seguinte fórmula:

$$C_r = C_v \cdot I_s / 0,60$$

onde:

C_r = Contraprestação Pecuniária Mensal Reajustada

C_v = Contraprestação Pecuniária Mensal Vigente

I_s = Índice Sinistralidade, sendo:

$$I_s = D_o / R_i$$

D_o = Total da Despesa com atendimentos odontológicos previstos neste Contrato, nos 12 (doze) meses de vigência; e

R_i = Total da Contraprestação Pecuniária Mensal Líquida, já deduzidos os impostos e contribuições que incidem sobre o faturamento, no mesmo período de apuração do D_o .

12.2.2.2.1 Quando a I_s for menor que 60% (sessenta por cento) não haverá Reajuste Técnico.

12.2.3 O reajuste da contraprestação será aplicado no mês de vigência do Contrato, inclusive.

12.2.3.1 As aplicações subsequentes ocorrerão anualmente, levando-se em consideração o aniversário do Contrato ou a data do último reajuste aplicado, desde que o período não seja inferior a 12 (doze) meses.

12.2.4 A CONTRATADA comunicará a CONTRATANTE o valor da contraprestação pecuniária mensal recalculada, com 30 (trinta) dias de antecedência da efetiva cobrança. A CONTRATANTE deve comunicar os seus Beneficiários a respeito do aludido reajuste.

12.2.5 As contraprestações pecuniárias mensais recalculadas serão cobradas automaticamente e deverão ser pagas na fatura do mês seguinte à comunicação citada no subitem anterior. Na hipótese de não pagamento integral da fatura, esta não será caracterizada como quitada.

12.2.6 A CONTRATADA comunicará a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, nos termos da legislação vigente a aplicação do reajuste por Contrato.

12.2.7 Considera-se reajuste para fins deste contrato qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio técnico atuarial do contrato.

12.2.8 A CONTRATANTE pagará a contraprestação pecuniária mensal per capita do plano escolhido, multiplicado pelo número total de Beneficiários (Titulares e



Dependentes), ativos e desligados do mês imediatamente anterior, respeitando o número mínimo de Beneficiários considerado para faturamento.

12.2.8.1 Na falta de envio de movimentação cadastral de Beneficiários pela CONTRATANTE, fica a CONTRATADA autorizada a faturar com base nos números relativos ao mês imediatamente anterior, de acordo com o seu cadastro.

12.2.8.2 Será considerado para complementação do cálculo do faturamento mínimo, o valor da menor contraprestação pecuniária mensal dentre os planos contratados.

XIII - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 Do Direito de Manutenção da Condição de Beneficiário para Ex-Empregados Demitidos ou Exonerados sem Justa Causa ou Aposentados.

13.1.1 A CONTRATADA assegurará ao Beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de Beneficiário - e dos Beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral da contraprestação pecuniária, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, observada a RN nº 279/11 e suas posteriores alterações.

13.1.2 Entende-se por mesmas condições de cobertura assistencial, a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver.

13.1.3 O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado corresponderá ao valor integral estabelecido na Proposta de Contratação sendo de responsabilidade da CONTRATANTE mantê-la disponível aos seus empregados, a qualquer tempo.

13.1.4 Considera-se contribuição o valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde, oferecido pela CONTRATANTE em decorrência de vínculo empregatício, conforme art. 2º, inciso I da RN nº 279/11.

13.1.4.1 Não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

13.2 Período de manutenção do benefício:

13.2.1 O período de manutenção da condição de Beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição no plano vigente, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 06 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.



13.2.2 Ao ex-empregado aposentado que contribuiu para o plano de saúde pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos é assegurado o direito de permanecer no plano de saúde enquanto perdurar o contrato.

13.2.2.1 Ao ex-empregado aposentado que contribuiu no mesmo plano, ou sucessor, por período inferior a 10(dez) anos, é assegurado o direito a manutenção como Beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, ou até que seja admitido em novo emprego.

13.2.3 Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é assegurado o direito de manter sua condição de Beneficiário, observado o disposto no art. 31 da Lei 9.656/98, cumulado com o art. 5º da RN 279/11.

13.2.4 A manutenção da condição de Beneficiário é extensiva a todos os dependentes do Beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho.

13.2.4.1 A obrigação de extensão a todo o grupo familiar, não impede que a condição de Beneficiário seja mantida pelo ex-empregado individualmente ou com parte do seu grupo familiar, assim como não exclui a possibilidade de novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário.

13.2.4.2 Caso o ingresso do novo cônjuge e filhos ocorra após 30 (trinta) dias do evento que originou a relação de dependência, a inclusão será realizada mediante os prazos contratuais de carências.

13.2.1 A CONTRATANTE deverá comunicar o ex-empregado, demitido ou aposentado, de forma clara, do direito de manter-se vinculado ao plano de saúde coletivo, obrigatoriamente, no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, sob o prazo de 30 (trinta) dias contados da extinção do contrato de trabalho, sendo questionado e formalizado ao titular sobre o seu interesse de permanência no plano, comunicando a decisão do Beneficiário à CONTRATADA, sob pena de, em não o fazendo, ficar sujeito à rescisão contratual e aplicação de multa conforme valor determinado no art. 84 da RN nº 124/06 e suas posteriores alterações, sem prejuízo do direito de regresso de eventuais danos morais e materiais que a CONTRATADA vier a suportar.

13.2.6 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de Beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, contados da data da comunicação do aviso prévio ou da aposentadoria, sob pena de preclusão de seu direito.

13.2.7 Caso a CONTRATANTE mantenha ativo Beneficiário sem o vínculo previsto na CLÁUSULA II - Condições de Admissão, o contrato poderá ser rescindido por fraude, sem prejuízo de eventuais danos morais e materiais que a CONTRATADA vier a suportar.

13.2.8 O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de Beneficiário.



13.2.9 Em caso de morte do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes, que devem manifestar a intenção de permanência no plano no prazo de 30 (trinta) dias do falecimento.

13.2.10 O direito de manutenção assegurado ao Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho.

13.3 O direito assegurado ao Beneficiário neste tema deixará de existir:

- a) Pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279/11 e suas posteriores alterações; ou
- b) Pela admissão do Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência odontológica coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- c) Pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedida aos seus empregados ativos e ex-empregados.

13.4 Além dos casos citados no item 13.3, em caso de atraso de 30 (trinta) dias do pagamento das contraprestações pecuniárias pelo Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, contados do vencimento das contraprestações pecuniárias, a CONTRATADA poderá suspender a execução dos serviços, independentemente de aviso ou notificação prévia, sem prejuízo da cobrança do valor total acrescido de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês *pro rata die* calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso. Tais acréscimos serão devidos a partir do dia seguinte ao prazo estipulado para pagamento, independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial ou extrajudicial à parte inadimplente.

13.5 Em caso de inadimplimento superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não a contar da data do vencimento, caracterizado pelo não pagamento de qualquer valor devido, a CONTRATADA poderá ainda considerar imediatamente desligado o Beneficiário Titular inadimplente e seu(s) dependente(s) inscrito(s), sem prejuízo da cobrança do total devido, acrescido dos percentuais previstos no item anterior.

13.6 A CONTRATADA poderá solicitar a qualquer tempo, no momento da utilização de qualquer serviço em sua rede assistencial pelo Beneficiário demitido e exonerado sem justa causa ou aposentado, a apresentação da Carteira de Trabalho, para averiguação se o mesmo foi admitido em novo emprego, de acordo com o art. 26, inciso II da RN nº 279/11, e suas atualizações.

13.7 Ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de Beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, é assegurado o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto na RN nº 438/18 e suas atualizações.

13.8 Da Exclusão do Beneficiário do Plano:



13.8.1 Conforme estabelecido pela RN nº 279/11 e suas alterações, quando a CONTRATANTE solicitar exclusão do ex-empregado demitido ou aposentado, do plano de saúde, fica ciente que deverá informar à CONTRATADA o que segue sobre o Beneficiário:

- a) Se excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o funcionário demitido é aposentado e continuou trabalhando na empresa.
- c) Se contribuiu para a contraprestação pecuniária do plano de saúde e por quanto tempo;
- d) Se optou pela manutenção da condição de Beneficiário do plano de saúde (art. 30 e 31 da Lei 9.656/98), ou se recusou o benefício. A exclusão do Beneficiário somente será aceita pela CONTRATADA, mediante apresentação da comprovação da comunicação ao Beneficiário.
- e) Se o contribuiu com o plano em operadoras anteriores.

13.9 Do Cancelamento do Contrato Coletivo Empresarial.

13.9.1 A CONTRATADA deverá garantir a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de Beneficiários integrantes do contrato coletivo empresarial, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano de saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados, ou seja, nos casos em que o contrato coletivo empresarial for encerrado ou liquidado por completo pela CONTRATANTE.

13.9.2 Considera-se, na contagem de prazos de carência, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado.

13.9.3 Incluem-se no universo de Beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao Beneficiário titular.

13.9.4 Os Beneficiários dos planos coletivos cancelados pelo empregador poderão fazer a opção pelo plano de saúde na modalidade individual ou familiar da Operadora, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento total do contrato.

13.9.5 A CONTRATANTE (empregador) deverá informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício em tempo hábil ao cumprimento do prazo mencionado no parágrafo anterior, sob pena de arcar com os danos e/ou prejuízos decorrentes de sua omissão.

13.9.6 Aplicam-se essas regras enquanto a CONTRATADA estiver comercializando o plano odontológico na modalidade individual ou familiar.

XIV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 A perda da qualidade de Beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

14.1.1 Perda da qualidade de Beneficiário Titular:

- a) Por rescisão do presente contrato;
- b) Pelo término do vínculo com a CONTRATANTE, ressalvadas as condições de demitidos sem justa causa e aposentados em planos contributários, nos termos



previstos da Lei, cabendo à Contratante comunicar aos Beneficiários as condições de exercício do direito e de acordo com os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;

c) Quando for identificado pela CONTRATADA infrações ou fraudes, praticados pelo Beneficiário Titular, de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem.

d) Inobservância das obrigações estabelecidas na Lei ou neste Contrato;

e) Por solicitação de exclusão, manifestada pelo próprio Beneficiário Titular.

14.1.2 Perda da qualidade de Beneficiário Dependente:

a) Pela perda da condição de dependência prevista na Cláusula Condições de Admissão deste contrato;

b) Pela exclusão do Beneficiário Titular;

c) Quando identificado pela CONTRATADA infrações ou fraudes, praticados pelo Beneficiário dependente, de qualquer natureza, com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem;

d) Por solicitação de exclusão, manifestada pelo Beneficiário Titular.

14.1.3 Caberá tão somente à CONTRATANTE solicitar a suspensão ou exclusão de Beneficiários do plano de saúde.

14.1.4 Em caso de solicitação de exclusão a pedido do Beneficiário Titular, a CONTRATANTE deve notificar a CONTRATADA em até 30 (trinta) dias a contar da solicitação do Beneficiário, conforme a RN nº 412/16 e suas atualizações.

14.1.4.1 Expirado o prazo acima, sem que a CONTRATANTE tenha providenciado a comunicação de exclusão do(s) Beneficiário(s), o Titular poderá solicitar a exclusão diretamente à CONTRATADA.

14.1.4.2 A exclusão terá efeito imediato e caráter irrevogável a partir da data de ciência da CONTRATADA.

14.1.4.3 Havendo a exclusão do Beneficiário Titular automaticamente serão excluídos seus dependentes.

14.1.5 A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos Beneficiários, sem a anuência da CONTRATANTE, nas seguintes hipóteses:

a) Fraude;

b) Perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica CONTRATANTE ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

XV - RESCISÃO

15.1 O atraso no pagamento da contraprestação pecuniária pela CONTRATANTE por um período superior a 8 (oito) dias implicará na suspensão automática do direito dos Beneficiários a qualquer cobertura, independentemente de qualquer notificação prévia.

15.2 Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato poderá ser rescindido pela CONTRATADA, a qualquer tempo, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:



- a) Quando for identificado infrações ou fraudes de qualquer natureza com o objetivo de obter vantagens ilícitas para si ou para outrem;
- b) Inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, verificados nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato;
- c) Quando a CONTRATANTE não respeitar o número mínimo de Beneficiários previsto na Proposta de Contratação, que se faz necessário para a manutenção do contrato, e não houver o complemento do pagamento referente ao número mínimo pactuado;
- d) Quando a sinistralidade referente ao presente contrato inviabilizar a sua manutenção em razão da não aceitação de proposta necessária para o seu reequilíbrio econômico financeiro;
- e) Quando for comprovada a distribuição da ação ou decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial em face da CONTRATANTE;
- f) Se houver esvaziamento total do contrato a pedido do Beneficiário; e
- g) No caso do não cumprimento estabelecido entre as partes, voluntária e involuntariamente

15.3 Nas hipóteses acima mencionadas, o cancelamento deste contrato opera efeitos em relação a todos os Beneficiários inscritos e não prejudicará a cobrança à CONTRATADA das contraprestações pecuniárias vencidas durante a vigência do contrato.

15.4 Antes de completado o período inicial de 12 (doze) meses a rescisão do contrato poderá ser solicitada pela CONTRATANTE, mediante comunicação escrita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-a ao pagamento de multa no valor de 50% (cinquenta por cento) da contraprestação pecuniária restantes para se completar este período.

15.5 Após o período de duração mínima do contrato estabelecida na **CLÁUSULA V - DURAÇÃO DO CONTRATO**, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

15.5.1 No caso de contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por Empresário Individual:

15.5.1.1 A cada aniversário do contrato a CONTRATANTE deverá apresentar à CONTRATADA, documento que comprove sua inscrição nos órgãos competentes como Empresário Individual, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, de acordo com sua forma de constituição.

15.5.1.2 Verificada a ilegitimidade da CONTRATANTE no aniversário do contrato, este será rescindido, mediante notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, caso a CONTRATANTE não comprove, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

15.6 No caso de rescisão contratual, seja por que motivo for, será de responsabilidade da CONTRATANTE comunicar os seus colaboradores do cancelamento do plano de saúde, visto que se operam os efeitos do cancelamento para todos os Beneficiários inscritos no contrato.



CLÁUSULA XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 A CONTRATADA não se responsabiliza por qualquer informação ou promessa que não esteja assinada por pessoa autorizada, nem mesmo por informações, promessas, promoções ou outros compromissos ocorridos entre a CONTRATANTE e os Beneficiários e que não sejam aqueles deste contrato, exceto se previamente aprovados pela CONTRATADA por escrito.

16.2 Os direitos relativos ao presente contrato não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados sem a anuência de ambas as partes.

16.3 Não cabe à CONTRATANTE pleitear qualquer ressarcimento pecuniário decorrente de atendimento fora do plano contratado e alheios às formas de operação dos planos privados de assistência à saúde da CONTRATADA.

16.4 Naquilo que eventualmente colidir com este contrato, prevalece em quaisquer das cláusulas, a Lei nº 9.656 de 03/06/98, as Medidas Provisórias, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, a Lei nº 9.961 de 28/01/00 e as Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vigor na data de assinatura deste contrato e suas atualizações.

16.5 A precificação do presente contrato considerou que a cobertura prestada restringe-se exclusivamente àquela constante do Rol de Procedimentos da ANS. Fica então ajustado que, caso haja a obrigatoriedade de coberturas extracontratuais ou quaisquer tipos de cobertura ou quaisquer concessões não previstas nas condições deste contrato, demandadas por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, as Partes acordam que:

(i) nos casos em que a CONTRATADA for considerada responsável pelo pagamento das despesas acima mencionadas, a CONTRATADA deverá notificar a CONTRATANTE, em até 10 (dez) dias do recebimento da citação judicial ou notificação administrativa, sobre a ocorrência da situação, para que a CONTRATANTE tenha a oportunidade de intervir e se manifestar a respeito, podendo indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

(ii) discutirão meios alternativos para atender à determinação judicial, inclusive a sua possível reversão, incluindo envidarem esforços junto ao Beneficiário para orientá-lo sobre as alternativas disponíveis junto a Rede Credenciada da CONTRATADA.

16.5.1 Se as partes não obtiverem êxito na reversão do cumprimento da obrigação decorrente da decisão judicial ou administrativa, o ônus financeiro, exclusivamente no tocante à cobertura do(s) procedimento(s) não coberto(s), será(ão) objeto de avaliação pela CONTRATADA, com vistas à aprovação do valor da cobertura, observado o seguinte:

(i) cobertura de procedimento previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado será alocado junto às despesas assistenciais do contrato (reversão para sinistro);



(ii) cobertura de procedimento não previsto no Rol de Procedimentos da ANS: o valor aprovado poderá ser alocado junto às despesas assistenciais do contrato (reversão para sinistro) ou ressarcido à CONTRATADA a título de custo operacional, via fatura complementar, cuja definição caberá exclusivamente a CONTRATANTE.

16.5.1.1 A inobservância da previsão constante no item acima desobrigará a CONTRATANTE ao reembolso de qualquer despesa.

16.5.2 O evento que for quitado pela CONTRATANTE não será considerado para fins de cálculo da sinistralidade do contrato.

16.6 A CONTRATANTE, neste ato, declara ter ciência de que as informações oriundas do presente contrato, principalmente, mas não se limitando, às informações médicas dos Beneficiários, eventualmente fornecidas na forma do Código de Ética Odontológica, bem como às informações financeiras e atuariais, fornecidas através de relatórios ou qualquer outra forma, são confidenciais.

a. A CONTRATANTE se compromete a zelar por todas as informações recebidas, de forma a evitar que sejam reveladas a terceiros, utilizando para tanto o mesmo zelo e cuidado que dispensa às suas próprias informações de igual importância.

b. A não observância desta cláusula sujeitará a CONTRATANTE, como também o agente causador ou facilitador a ela vinculado, o pagamento do valor correspondente a todas as perdas e danos sofridos pela CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilidade criminal, que serão apuradas em regular processo judicial ou administrativo.

c. O término do presente contrato não desobriga a CONTRATANTE quanto ao compromisso de confidencialidade aqui estipulado em relação às informações divulgadas anteriormente à efetiva data de seu encerramento.

16.7 Qualquer tolerância por parte da CONTRATADA não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

16.8 A CONTRATANTE poderá solicitar a via do Cartão de Identificação físico mediante o pagamento da taxa de impressão no valor de R\$10,00 (dez reais). A taxa também se aplicará nas solicitações de 2º via do cartão em caso de perda ou extravio, cujo fato deverá ser comunicado à CONTRADA para o cancelamento do cartão.

16.9 Fazem parte integralmente do presente contrato como se nele estivessem transcritos, além dos anteriormente a Proposta de Contratação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

16.10 Fica desde já designado o glossário das terminologias utilizadas, para um melhor entendimento do contrato, indicando na sequência o significado dos seguintes termos:

I. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.



II. **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:** área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo Beneficiário.

III. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL:** é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

IV. **BENEFICIÁRIO:** pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

V. **CARÊNCIA:** período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do presente contrato, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas.

VI. **CID-10:** é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

VII. **CONSULTA:** é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do Beneficiário.

VIII. **COPARTICIPAÇÃO:** Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário à operadora, referente à realização de determinados procedimentos previstos no contrato.

IX. **DEPENDENTE:** Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um Beneficiário titular.

X. **EXAME:** é o procedimento complementar solicitado pelo odontólogo, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do Beneficiário.

XI. **FRANQUIA:** Entende-se como franquia o valor estabelecido em contrato, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura de determinados procedimentos nele especificados, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

XII. **MENSALIDADE:** é a contraprestação pecuniária paga pela CONTRATANTE à operadora.

XIII. **PRÓTESE:** destinada à reconstrução e reposição de elementos dentários danificados ou perdidos, devolvendo ao paciente as características e funções mastigatórias, estéticas e fonéticas, além de recompor e proteger funções articulares.

XIV. **PROCEDIMENTO ELETIVO:** é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência ou emergência e que pode ser programado.

XV. **TITULAR:** é o Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

XVI. **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:** Termo aplicável somente ao atendimento imediato, motivado por processo doloroso ou de desconforto momentâneo, decorrente ou não de acidente.



CLÁUSULA XVII - ELEIÇÃO DE FORO

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

17.2 E, por estarem assim justos e contratados, a CONTRATADA e a CONTRATANTE assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor.

Local e Data

CONTRATANTE

AGENCIADORA/CONTRATADA

Testemunhas:

Nome:
RG

Nome:
RG

