

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

OPERADORA CONTRATADA: UNIODONTO/RN – Cooperativa Odontológica do RN

CNPJ: 08.237.810/0001-78

REGISTRO ANS: 34.531-8

CLASSIFICAÇÃO: Cooperativa Odontológica

ENDEREÇO: Rua Açú, 665 – Tirol – Natal/RN – CEP: 59020-110

TELEFONE: (84) 4009-4664 **FAX:** 4009-4665

CONTRATANTE: SIND TRAB PROD DIST AGUA SERV ESG E MEIO AMBIENTE DO RN

ENDEREÇO: Rua Cel. José Bernardo, 944 – Alecrim – Natal/RN (CEP 59040-280)

CNPJ: 08.203.747/0001-59

TELEFONE: 0800-281-6797 / 3211-6797

E-MAIL: contato@sindaguarn.com.br / sindaguarn@yahoo.com.br

RESPONSÁVEL LEGAL:

Alberto da Silva Moura

CPF: 282.367.934-00

Geraldo Eduardo da Silva

CPF: 057.744.704-15

MODALIDADE DE CONTRATO:

TIPO: Contrato Coletivo por Adesão

NOME COMERCIAL: Coletivo por Adesão

REGISTRO do PLANO na ANS: 461.125/09-0

TITULARES: Pessoas com vínculo profissional, classista ou setorial com a Contratante.

CARÊNCIAS NORMAIS: 30, 60, 90 e 180 dias, conforme Cláusula VII do Contrato.

SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL: Odontológica.

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA/ÁREA DE ATUAÇÃO: Grupo de Municípios (Natal, Ceará Mirim, Goianinha, Nova Cruz, Parnamirim, Santa Cruz).

FORMAÇÃO DO PREÇO: Pré-estabelecido

MENSALIDADE POR USUÁRIO: R\$ 11,50 (Onze reais e cinquenta centavos).

Os dependentes também são considerados usuários, sujeitando-se ao pagamento da mensalidade.

DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO: 30

EMIÇÃO DA FATURA: 15

VENCIMENTO DA FATURA: 10

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: 12 meses.

ÍNDICE DE REAJUSTE ANUAL: A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, cuja periodicidade mínima é de 12 (doze) meses, com base no IGPM/FGV, ou abolida a vinculação, a outro índice que vier a lhe substituir, ou ainda por livre negociação entre as partes, de acordo com a sinistralidade do período.

FORO: Comarca do domicílio da CONTRATANTE.

Alberto da Silva Moura
Presidente
CPF 282.367.934-00

CONTRATANTE

Natal/RN, 20 de março de 2013.

SINDÁGUA-RN

CONTRATADA

Eugênio Carlos Araújo
Presidente

CONTRATANTE

Geraldo Eduardo da Silva
Ger. de Finanças

COLETIVO POR ADESÃO

OBJETO - SUMÁRIO

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES	3
CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
CLÁUSULA III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	3
CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	4
CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	4
CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	4
CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA	5
CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES	5
CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	5
CLÁUSULA X – REEMBOLSO	5
CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO	6
CLÁUSULA XII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE	6
CLÁUSULA XIII – REAJUSTE.....	7
CLÁUSULA XIV – FAIXAS ETÁRIAS.....	7
CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	7
CLÁUSULA XVI – RESCISÃO.....	8
CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO.....	9
CLÁUSULA XVIII – ÁREA DE ATUAÇÃO/ABRANGÊNCIA.....	9
ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos.....	10
ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo por Adesão.....	12
ANEXO III - Declaração de Leitura MPS	13
ANEXO IV - Guia de Leitura Contratual	14




CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
PLANO COLETIVO POR ADESÃO
Número de Registro do Plano na ANS: 461.125/09-0

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES

OPERADORA/CONTRATADA: UNIODONTO - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DO RIO GRANDE DO NORTE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J sob o número 08.237.810/0001-78, com sede e foro à Rua Açú, n.º 665, Natal – RN, CEP 59020-110, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 34.531-8 e classificada como **Cooperativa Odontológica**, classificação Conforme RDC Nº 39.

CONTRATANTE/ESTIPULANTE: SINDÁGUA-RN, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o número 08.203.747/0001-59, com sede e foro na Rua Cel. José Bernardo, 944, Alecrim, Natal/RN.

CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1. Este instrumento particular tem por objetivo a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, inciso I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

2.2. Se constituem partes integrantes deste Contrato, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e os Anexos I e II constituídos pelo Rol de Procedimentos e Serviços não Cobertos pela CONTRATADA, bem como da Declaração de Leitura do MPS.

2.3. O presente contrato é de adesão, bilateral, gerando direitos e obrigações para as partes, conforme dispõe o Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1. 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, segundo as diretrizes do art. 9º da RN nº 195/2009 e alterações posteriores.

3.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas inscritas pela CONTRATANTE, caracterizado pelo vínculo profissional, classista ou setorial, que usufruirá dos serviços propostos neste Contrato.

3.3. Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelares e os menores sob guarda;
- e) Outros dependentes legais comprovados, conforme § 1º do art. 9º da RN nº 195/2009.

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

3.5. A CONTRATANTE se obriga a fornecer por escrito até 30 (trinta) dias antes da data do vencimento da fatura, a relação de inclusões, alterações e exclusões de usuários titulares e/ou

dependentes, mediante apresentação do TERMO DE ADESÃO OU EXCLUSÃO, devidamente assinado pelo usuário Titular interessado e pelo responsável do Setor Pessoal da CONTRATANTE, assumindo em seu nome, e em nome daqueles, a responsabilidade pelas declarações prestadas.

§ 1º - As inclusões, alterações e exclusões de que trata o item anterior só serão consideradas válidas se reconhecidas pela UNIODONTO/RN no ato do protocolo de recebimento, com carimbo e assinatura do representante da CONTRATADA.

3.6. O usuário Titular, bem como os seus dependentes legais devidamente inscritos no plano, serão identificados por meio de cartão personalizado (emitido pela OPERADORA), cuja exibição, juntamente com o documento oficial de identificação com foto, será obrigatório nos prestadores de serviço pertencentes à rede credenciada junto à OPERADORA.

3.7. É obrigatória a devolução do Cartão à OPERADORA quando da exclusão do usuário ou rescisão do Contrato, estando esta isenta de qualquer responsabilidade por seu uso indevido, cabendo ao usuário Titular a responsabilidade integral pelo pagamento dos valores referentes a este uso em desacordo com o presente Contrato.

3.8. Em caso de perda do Cartão, o usuário Titular deverá comunicar imediatamente à UNIODONTO-RN, respondendo pelas despesas indevidamente efetuadas até a data da comunicação oficial da perda.

3.8.1. A emissão da segunda via do Cartão Uniodonto acarretará no pagamento, pelo usuário, do valor de R\$ 3,00 (três reais) por Cartão.

CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1. A CONTRATADA cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no Contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos do Plano Odontológico editado pela ANS, vigente à época do evento.

4.2. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência odontológica, exames auxiliares ou complementares, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

4.3. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo presente Contrato.

4.4. O Rol de Procedimentos Cobertos consta no Anexo I adiante discriminado.

CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1. Não serão assegurados pela OPERADORA os serviços que estiverem contidos na Tabela de Atos Odontológicos Não Cobertos, discriminada no Anexo II deste Contrato.

CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da sua data de assinatura, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à Operadora.

6.2. 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, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA

7.1. Os usuários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

PROCEDIMENTOS	DIAS
Procedimentos de URGÊNCIA	0
Consulta, Radiologia e Prevenção	30
Dentística e Exodontia Simples	60
Endodontia, Periodontia, Cirurgia (exceto Exodontia Simples)	90
Demais procedimentos cobertos	180

7.2. Em caso de urgência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas.

7.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo Usuário.

7.4. Não será exigido o cumprimento de carência se:

- a) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do Contrato; ou
- b) O beneficiário se vincular à Contratante após o transcurso do prazo acima, e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do presente Contrato Coletivo.

7.5. Não será exigido o cumprimento de carência para filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, ou para filhos naturais recém-nascidos, e nem para cônjuge, desde que a inscrição no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da adoção, nascimento ou casamento, respectivamente.

CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

8.1. Estão dispensados do oferecimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo nos casos de Doença e Lesão Pré-existent (DLP) para os planos exclusivamente odontológicos.

CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

9.1. Classificam-se como procedimentos de urgência, de cobertura obrigatória por parte da Contratada:

- I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- III - imobilização dentária temporária: procedimento que visa à imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- IV - recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- V - tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- VI - colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- VII - incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VIII - incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- IX - reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização.

9.2. Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento definir como urgência/emergência.

CLÁUSULA X – REEMBOLSO

10.1. Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

10.2. O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à Contratada os seguintes documentos:

- I - Requerimento, efetuado por escrito, em formulários próprios da OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de realização do evento;

Rua Açú, 665 – Tirol – Natal/RN 59020-110

Fone/Fax: (84) 4009-4664 / 4009-4665 e-mail: gerencia@uniodontom.com.br

CNPJ: 08.237.810/0001-78

II – Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas pagas ao profissional autônomo e/ou à pessoa jurídica não credenciada pela OPERADORA (recebidos e notas fiscais contendo discriminação dos serviços prestados e valores correspondentes, data de emissão, data da realização do serviço, nome e carimbo com CRO do odontólogo responsável);

III – Relatório do odontólogo assistente contendo diagnósticos, tratamento efetuado, data do atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Procedimento e data de sua realização;
- c) Atuação do odontólogo;
- d) Valor dos honorários;
- e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do odontólogo.

IV – Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

10.3. 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.

CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

11.1. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o Beneficiário, verificando previamente o Guia Odontológico vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede Contratada que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

11.2. O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela Contratada, exceto nos casos de urgência, em que o atendimento será imediato.

11.3. Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista ou médico assistente, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não-cooperados.

11.4. A Contratada se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

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

11.6. A Contratada, 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.

11.7. Da Divergência Técnica – 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 Contratada e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a Contratada, cuja remuneração ficará a cargo desta, bem como do odontólogo do Beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

11.8. Da Divulgação da Rede – No ato da contratação será entregue ao Beneficiário o Guia Odontológico, editado pela Contratada, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação com os respectivos endereços. O Beneficiário também poderá ter acesso às atualizações do Guia Odontológico na sede da Contratada, através do serviço de teleatendimento (4009-4664) ou, ainda, na Internet (www.uniodontorn.com.br).

CLÁUSULA XII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

12.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido.

12.2. A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos Beneficiários à Operadora será da pessoa jurídica Contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

12.3. A Contratante obriga-se a pagar à Contratada, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

12.4. As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na Proposta de Admissão.

12.5. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem cobrança de juros ou multa.

12.6. As faturas emitidas pela Contratada serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela Contratante, conforme item 3.5 acima descrito. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

12.7. 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.

12.8. Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento).

12.9. O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição à Contratante na forma e prazo acordado com esta, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o 50º (quingentésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano, a pedido da Contratante. A cobrança de juros e multas sobre o débito ora referido ficará a critério da Contratante, devendo, caso opte por esta cobrança, utilizar os percentuais referidos no item anterior.

12.10. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no Contrato, e aqueles a este já vinculados.

CLÁUSULA XIII – REAJUSTE

13.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que o substitua, ou por livre negociação entre as partes. O índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de até 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês da assinatura do Contrato.

13.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado, podendo ser através de livre negociação entre as partes, em percentual diferente do índice indicado em 13.1 acima.

13.3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 13.1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

13.4. Independente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente Contrato, entendendo-se esta como data base única.

13.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado Contrato.

13.6. O Contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da migração e adaptação do Contrato à Lei 9656/98.

13.7. Os reajustes efetuados serão comunicados à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme determinado pela legislação em vigor.

CLÁUSULA XIV – FAIXAS ETÁRIAS

14.1. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos usuários.

CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

I – Perda da qualidade do beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente Contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica Contratante;
- c) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste Contrato;
 - b) a pedido do beneficiário titular;
 - c) por fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica Contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

15.3. 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 Contratante, ou de dependência, previstos neste Contrato.

CLÁUSULA XVI – RESCISÃO

16.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) 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.

16.2. 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.

16.3. Constitui causa expressa da rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da Contratante;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) dias, desde que a Contratante tenha sido notificada previamente, sem prejuízo do direito da Contratada requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias;
- d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independentemente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 10 (dez) pessoas, ou ainda, nos primeiros 2 (dois) meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- e) descumprimento pela Contratante ou pela Contratada das cláusulas e condições deste Contrato.

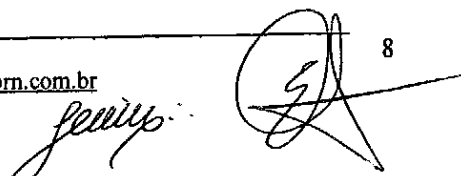
16.4. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência, é facultado a qualquer das partes denunciar o Contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, observadas as condições descritas abaixo:

- a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus.
- b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

16.5. Após a vigência do período de 12 meses, o Contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com um mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

16.6. A falta de comunicação, nos termos das cláusulas anteriores, implica na subsistência das obrigações assumidas.

16.7 É de inteira responsabilidade da Contratante a comunicação aos beneficiários vinculados ao Contrato sobre a rescisão/suspensão do atendimento, não cabendo à Operadora qualquer compromisso de comunicação individual aos beneficiários sobre esta rescisão/suspensão.



CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO

17.1. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA XVIII – ÁREA DE ATUAÇÃO/ABRANGÊNCIA

18.1 Os seguintes municípios compõem a área de atuação e/ou de abrangência geográfica do Contrato ora assinado:

CEARÁ MIRIM-RN

GOIANINHA-RN

NATAL-RN

NOVA CRUZ-RN

PARNAMIRIM-RN

SANTA CRUZ-RN

18.2 Como participante do Sistema Nacional Uniodonto, a Uniodonto-RN oferece o atendimento em todo Território Nacional (onde houver dentista cooperado/credenciado), através de convênio de Intercâmbio/Reciprocidade.

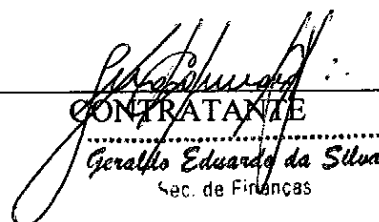
E por estarem, assim justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Natal, 20 de março de 2013.

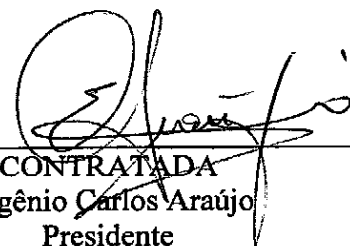

Alberto da Silva Moura
Presidente
CPF: 282.367.934-60

CONTRATANTE

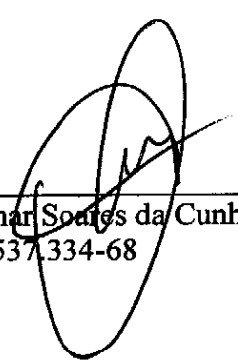
SINDÁGUA-RN



CONTRATANTE
Geraldo Eduardo da Silva
Sec. de Finanças



CONTRATADA
Eugênio Carlos Araújo
Presidente



Nome: Otomar Soares da Cunha
CPF: 538.537.334-68

Nome:
CPF:

ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos

Classificam-se como procedimento de **DIAGNÓSTICO**:

- I - consulta inicial.
- II - Exame histopatológico.
- III - Teste de fluxo salivar

Classificam-se como procedimentos de **URGÊNCIA**:

- I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial.
- II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose.
- III - imobilização dentária temporária.
- IV - recimentação de trabalho protético.
- V - tratamento de alveolite.
- VI - colagem de fragmentos.
- VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral.
- VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral.
- IX - reimplante de dente avulsionado.

Classificam-se como procedimentos de **RADIOLOGIA**:

- I - radiografia periapical.
- II - radiografia bite-wing.
- III - Radiografia oclusal.
- IV - Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia), com finalidade cirúrgica.

Classificam-se como procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:

- I - atividade educativa.
- II - evidenciação de placa bacteriana.
- III - profilaxia - polimento coronário.
- IV - fluorterapia.
- V - aplicação de selante.
- VI - condicionamento em odontologia.

Classificam-se como procedimentos de **DENTÍSTICA**:

- I - aplicação de carióstático.
- II - adequação do meio bucal.
- III - restauração de 1 (uma) face.
- IV - restauração de 2 (duas) faces.
- V - restauração de 3 (três) faces.
- VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta.
- VII - restauração de superfície radicular.
- VIII - núcleo de preenchimento.
- IX - ajuste oclusal.

Classificam-se como procedimentos de **PERIODONTIA**:

- I - raspagem supra-gengival e polimento coronário.
- II - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal.
- III - imobilização dentária temporária ou permanente.
- IV - gengivectomia/gengivoplastia.
- V - aumento de coroa clínica.
- VI - cunha distal.
- VII - cirurgia periodontal a retalho.

Classificam-se como procedimentos de ENDODONTIA:

I - capeamento pulpar direto – excluindo restauração final.

II – pulpotomia.

III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho.

IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto.

V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos.

VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos.

VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais.

VIII - retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.

IX - tratamento endodôntico em dentes decíduos.

X - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta.

XI - tratamento de perfuração radicular.

Classificam-se como procedimentos de CIRURGIA:

I - alveoloplastia.

II - apicectomia unirradicular.

III - apicectomia birradicular.

IV - apicectomia trirradicular.

V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada.

VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada.

VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada.

VIII – biópsia.

IX - cirurgia de tórus unilateral.

X - cirurgia de tórus bilateral.

XI - correção de bridas musculares.

XII - excisão de mucocele.

XIII - excisão de rânula.

XIV - exodontia a retalho.

XV - exodontia de raiz residual.

XVI - exodontia simples

XVII - exodontia de dente decíduo.

XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária).

XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária).

XX - frenectomia labial.

XXI - frenectomia lingual.

XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados).

XXIII - sulcoplastia.

XXIV - ulectomia.

XXV - hemissecação com ou sem amputação radicular.

XXVI – redução de luxação da ATM.

XXVII - Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila.

XXVIII - punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial.

XXIX - tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusiais.

XXX - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila.

XXXI - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila.

XXXII - tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução.

Classificam-se como procedimentos de PRÓTESE:

- I - reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato.
- II - reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores) – inclui peça protética.
- III - reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética.
- IV - reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui peça protética.
- V - reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui peça protética.
- VI - coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF.

ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo por Adesão

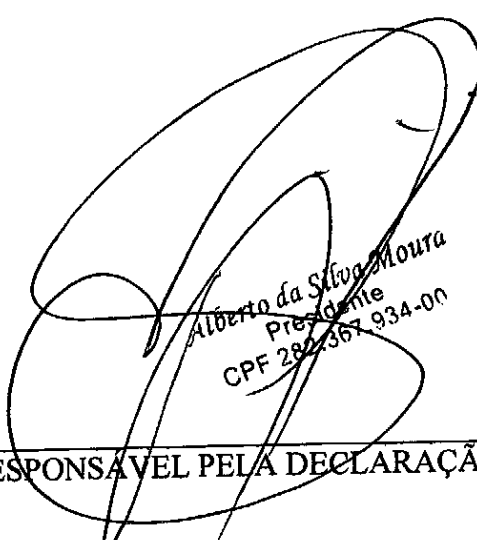
- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, e a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesiistas (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 declaradas 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) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- l) restaurações para fins estéticos;
- m) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
- n) atos de implante e prótese;
- o) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos ortodônticos removíveis;
- p) procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional; e
- q) os procedimentos não previstos no Rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento.

ANEXO III - Declaração de Leitura MPS

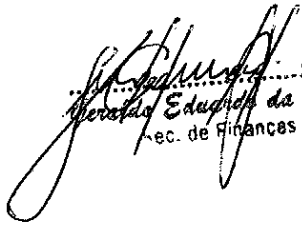
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o SINDÁGUA-RN recebeu o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS**, antes da assinatura do presente Contrato Coletivo de Adesão ao plano odontológico da UNIODONTO-RN, bem como do Guia de Leitura Contratual, sendo também disponibilizadas cópias para leitura dos beneficiários titulares.

Natal/RN, ____/____/____


Alberto da Silva Moura
Presidente
CPF 282.367.934-00

RESPONSÁVEL PELA DECLARAÇÃO


Gerardo Eduardo da Silva
Rec. de Finanças

ANEXO IV - Guia de Leitura Contratual

PLANO COLETIVO POR ADESÃO		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.	01
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.	01
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	NA*
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área em 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.	01/09
COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Anexo I
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Anexo II
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	NA*

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.	05
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	06
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	04
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	08
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 tais 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.	07
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação 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 na regulamentação.	NA*

* NÃO SE APLICA

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

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério
da Saúde



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

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

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

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 o 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 ou sindicato (coletivo por ad esão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e dene as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário, antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

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

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial Com 30 Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize participantes ou o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua mais vinculação a pessoa jurídica contratante. Com menos de 30 É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos participantes estabelecidos pela lei. Coletivo por Adesão Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)

Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de Doença ou Lesão Preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT), que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.

A operadora de plano de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP, não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

É importante que o beneficiário verifique (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquias. Em caso positivo, o, 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

Coletivo Empresarial

Com 30 Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária participantes ou (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

Com menos de 30 participantes É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.

Coletivo por Adesão

É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.

O beneficiário deverá dar atenção à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último

	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.	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 faixa e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
ALTERAÇÃO 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 produção de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário que atente às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral motivada por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei 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 participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual 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 da manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

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

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

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

Cobertura e segmentação assistencial

Dene 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 denem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em plano coletivo empresarial 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 com põem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

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

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para ns 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 ns de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato col ativo 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 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



ANS
Agência Nacional de
Saúde Suplementar

**Ministério
da Saúde**



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

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