**CONTRATO Nº 04/2019**

**Contratada:** Odontolive Operadora de Planos

**Contratante:** CAMARA MUNICIPAL DE BIRIGUI

Odontológicos Ltda

**CNPJ :**  10.364.053/0001-45

**Inscrição est.:**  Isenta

**Endereço:** Rua Abraão Antônio, 453, Pinheiros,

**Nome fantasia:**

**CNPJ:**  49.577.760/0001-55

**Inscrição est.:**

Birigui - SP

**CEP:**  16203-520

**Telefone:** (18) 3643.0446

**Endereço:** AVENIDA NOVE DE JULHO, 2505, BIRIGUI - SP

**CEP:**  16204-050

**Consultor:** ANDERSON DE FRANCA

**Telefone:** -18- 3643-3000

**E-mail do responsável pelas inclusões/exclusões:**

maricy@camarabirigui.sp.gov.br;

**Nº funcionários:**  50

**Vencimento:**  10

**Tributação:** SN

**Tempo contrato:**  12

**Representante legal: FELIPE BARONE BRITO** - **CPF:** 324.035.908-19 - **Telefone:** -18- 3643-3000

**Contato Recursos Humanos: Maricy** - **Telefone:** (18) 3643-3000

**Contato Financeiro: Miriam** - **Telefone:** (18) 3643-3000

Normal

(Dias)

**Carência**

Consultas e diagnóstico

Urgência/ Emergência

Prevenção em Saúde Bucal

Radiologia

Dentistica Restauradora

Periodontia

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

**Isento de carência**

Endodontia

Cirurgia

**Outras informações:**

1.

2.

3.

4.

5.

**6.**

Custo de inscrição no plano: Isento

Mensalidade por pessoa: R$ 24,90

Data de vencimento da fatura: Todo dia 10.

Valor da emissão de 2ª, via de cartão de identificação: R$10,00

Multa por falta a consulta sem justificativa com até 6 horas de antecedência: R$15,00

**A empresa contratante compromete-se a realizar inclusões no plano somente de funcionários**

**devidamente registrados conforme legislação vigente (CLT)**

Início da vigência:

04 de fevereiro de 2.019.

Recebi, li e compreendi o manual do usuário e guia de leitura contratual. Ciente também da disponibilidade do mesmo no site

www.odontolive.com .

Assinatura da contratante:



**Registro ANS:**  417831

**C.N.P.J:**  10.364.053/0001-45

**Razão Social:** ODONTOLIVE OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.

Contrato de prestação continuada de serviços, na forma de Plano Privado de Assistência a

Saúde, que celebram entre si, como contratada Odontolive Operadora de Planos Odontológicos

Ltda, atuando pelo nome fantasia Odontolive, classificada na modalidade odontologia de grupo,

doravante simplesmente denominada Contratada, com sede a Rua Abrão Antonio, 453 – Birigui

– SP, CEP 16203-520, inscrita no CNPJ sob o no. 10.364.053/0001-45 e de outro CAMARA

MUNICIPAL DE BIRIGUI, com sede a AVENIDA NOVE DE JULHO, 2505 – NOVO JARDIM STABILE –

Cidade BIRIGUI – Estado SP, CEP 16204-050, inscrita no CNPJ sob o no. 49.577.760/0001-55 e

inscrição estadual isenta, doravante denominada simplesmente Contratante, o qual é regido pelas

clausulas e condições abaixo:

**Dados Gerais**

**Contratação:** Coletivo empresarial

**Nº Registro:** 469.258/13-6

**Abrangência Geográfica:**  Nacional

**Segmentação Assistencial:**  Odontológico

**Formação do Preço:**  Pré-estabelecido

**Vínculo do Beneficiário:** Com vínculo empregatício ativo, Com vínculo empregatício inativo

**Padrão de Acomodação:** Não se aplica à este contrato.

**Plano opera exclusivamente como Livre Escolha:**  Não

**Instrumento Jurídico**

**Ordem:**  I

**Tema:** ATRIBUTOS DO CONTRATO

**Código da Identificação:** I - Todos

**Identificação do Texto:** Atributos do Contrato

**Texto do Dispositivo:**

Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, sem limite financeiro, na forma de

Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98,

visando à Assistência Odontológica.

A cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos

Odontológicos da ANS vigente à época do evento e Classificação Estatística Internacional de Doenças e

Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal.

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.

**Ordem:**  II

**Tema:** CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

**Código da Identificação:** II - Empresarial



**Identificação do Texto:** Condições de Admissão

**Texto do Dispositivo:**

Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção

prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s)

vínculo(s) com a CONTRATANTE:

Empregatício Ativo e Empregatício Inativo.

Podem ser inscritos pelo Titular como Beneficiários Dependentes, a qualquer tempo, mediante a

comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação àquele:

a) O cônjuge;

b) O companheiro, 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 tutelados e os menores sob guarda;

c) Os dependentes até 3º grau consanguíneo e 2º por afinidade.

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

Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência

já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares os ex-empregados aposentados e demitidos ou

exonerados sem justa causa da CONTRATANTE que foram beneficiários titulares do Plano.

Poderão ser inscritos no plano, ainda, os Beneficiários Dependentes que se encontravam regularmente

inscritos no plano oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário

titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do

ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da

condição de beneficiário.

**Ordem:**  III

**Tema:** COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

**Código da Identificação:** III - Todos

**Identificação do Texto:** Coberturas e Procedimentos Garantidos

**Texto do Dispositivo:**

Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em

Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento,

para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o

tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal,

incluindo:

A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência

odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatorias

solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente,

tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, relacionados no Rol

de Procedimentos Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do

evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

- Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária

estrutura hospitalar para a realização de procedimentos.

**Ordem:**  IV

**Tema:** EXCLUSÕES DE COBERTURA

**Código da Identificação:** IV - Todos

**Identificação do Texto:** Exclusões de Cobertura

**Texto do Dispositivo:**

São excluídos da cobertura:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos odontógicos para fins estéticos;

III - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

IV- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

V - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos

pelas autoridades competentes;

VI - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

VII - procedimentos buco-maxilares que necessitarem de internação hospitalar, bem como os exames

complementares solicitados para este fim;

VIII - estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização

em consultório, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar bem como os exames

complementares solicitados para este fim, à exceção dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-

dentista na execução destes procedimentos;

IX - tratamentos ilíicitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico ou não reconhecidos

pelas autoridades competentes; e

X- procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da

ANS vigente à época do evento.

**Ordem:**  V

**Tema:** DURAÇÃO DO CONTRATO

**Código da Identificação:** V - Empresarial

**Identificação do Texto:** Duração do Contrato

**Texto do Dispositivo:**

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 meses, contados da data da assinatura do contrato, desde que

até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

O contrato será renovado pelo prazo de 12 (doze) meses, 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.

**Ordem:**  VI

**Tema:** PERÍODOS DE CARÊNCIA

**Código da Identificação:** VI - Empresarial

**Identificação do Texto:** Períodos de Carência

**Texto do Dispositivo:**

Deverão ser observados os seguintes prazos de carências, a contar da data de assinatura da proposta de

adesão de cada beneficiário:

Procedimentos Carências:

Urgências ou Emergências Odontológicas: Isento de carência

Diagnóstico: Isento de carência

Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia: Isento de carência

Periodontia, Endodontia: Isento de carência

Demais Casos: Isento de carência

Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do

beneficiário

**Ordem:**  VII

**Tema:** DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

**Código da Identificação:** VII - Empresarial

**Identificação do Texto:** Doenças e Lesões Pré-Existentes

**Texto do Dispositivo:**

Este item não se aplica aos termos deste contrato.

**Ordem:**  VIII

**Tema:** ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

**Código da Identificação:** VIII - Todos

**Identificação do Texto:** Atendimento de Urgência e Emergência

**Texto do Dispositivo:**

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, 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 a 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.

Além desses, também deverão ser cobertos os procedimentos que o Rol de Procedimentos Odontológicos

vigente à época do evento definir como de urgência/emergência.

DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e

emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual ou, ainda, nos casos

definidos pela legislação vigente, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede

assistencial deste plano, no prazo e forma definidos por lei.

Os procedimentos estão contemplados em Tabela própria, elaborada com base no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, devidamente registrada

perante o Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de Birigui, sob n.43711. Referida Tabela

poderá ser atualizada com inclusões e/ou exclusões, de acordo com a legislação vigente, com novo registro

perante o referido Cartório.

A Tabela define a quantidade de UR a ser considerada em cada procedimento odontológico para o cálculo do

reembolso.

A Unidade de Referência (UR) é o coeficiente expresso em moeda corrente nacional que servirá como base de

cálculo do reembolso dos procedimentos odontológicos cobertos pelo plano.

Os Múltiplos de Reembolso são os coeficientes a serem aplicados sobre a quantidade de UR apresentadas na

Tabela para obtenção do valor, em moeda corrente nacional, de reembolso das despesas cobertas e

efetivamente pagas pelo beneficiário Titular.

O valor do reembolso das despesas será obtido pela aplicação do múltiplo do Plano do beneficiário sobre o

valor unitário do procedimento previsto na tabela e não será, sob nenhuma hipótese, ser superior ao valor

efetivamente pago pelo beneficiário para as respectivas despesas, conforme Tabela exemplificativa abaixo:

**MULTIPLOS DE**

**REEMBOLSO**

**TUSS**

**Procedimento**

**Cobrança**

**UR**

81000065

81000049

83000089

84000198

85100196

85100099

85200166

85300047

85400467

81000375

82000875

82001294

Consulta odontológica inicial

Consulta odontológica de Urgência

Exodontia simples de decíduo

GERAL

GERAL

0,25

31,87

85

70

25

75

75

300

110

53

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

0,25

Elemento

4 Hemi-Arcadas

Elemento

Elemento

Elemento

4 Hemi-Arcadas

Elemento

Região

Profilaxia: polimento coronário

Restauração em resina fotopolimerizável 1 face

Restauração de amálgama - 1 face

Tratamento endodôntico unirradicular

Raspagem supra-gengival

Recimentação de trabalhos protéticos

Radiografia interproximal - bite-wing

Exodontia simples de permanente

Remoção de dentes semi-inclusos/impactados

20

96

210

Elemento

Elemento

O beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo, para tanto, apresentar à

CONTRATADA os seguintes documentos:

I - solicitação do reembolso através do preenchimento deste formulário;

II- relatório do odontólogo assistente, declarando o nome do paciente, tratamento efetuado (com justificativa

e tipo de material utilizado), data do atendimento;

III - nota(s) fiscal(is) ou recibo(s).

IV - documentos comprobatórios de imagem como RX, quando necessário;

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.

**Ordem:**  X

**Tema:** MECANISMOS DE REGULAÇÃO

**Código da Identificação:** X - Todos

**Identificação do Texto:** Mecanismos de Regulação

**Texto do Dispositivo:**

Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou

credenciada), o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da CONTRATADA com um documento

de identidade, a requisição para a realização de exames ou tratamentos e, a Autorização Prévia da



CONTRATADA para a realização do serviço.

Todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA,

exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional

avaliador no prazo máximo de um dia útil, a partir da solicitação.

Os tratamentos, exames complementares, serviços auxiliares de diagnóstico e demais procedimentos

odontológicos serão prestados pela rede própria ou credenciada, mediante solicitação do cirurgião-dentista,

desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, não havendo restrição aos não pertencentes à

Rede.

A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos

deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista do caso e assinada também

pelo Beneficiário.

Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica

garantido ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um

nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois

nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido

pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de

ambos os nomeados. A remuneração do terceiro desempatador será paga pela CONTRATADA.

Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede

Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de

acordo com o plano contratado.

Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações

contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso

aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de

cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos

eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA para a agilização do atendimento.

O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da Contratada, através

do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

**Ordem:**  XI

**Tema:** FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

**Código da Identificação:** XI - Empresarial

**Identificação do Texto:** Formação de Preço e Mensalidade

**Texto do Dispositivo:**

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

A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica

contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na

Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de

faturas.

As mensalidades serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de

Admissão. Em caso de atraso superior a 5(cinco) dias os tratamentos serão bloqueados.

Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser

realizado até o primeiro dia útil subseqüente.

As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal

enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas

faturas subseqüentes.

Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até

cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que

não se sujeite a conseqüência da mora.

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).

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.

Em atenção ao disposto no § 1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o seguinte critério para

a determinação do preço único e da participação do empregador:

**Ordem:**  XII

**Tema:**  REAJUSTE

**Código da Identificação:** XII - Empresarial

**Identificação do Texto:**  Reajuste

**Texto do Dispositivo:**

1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para nova adesões serão

reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IGPM. Este será apurado no período de 12 meses

consecutivos, com uma antecedência de 2 meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o

mês de assinatura do Contrato.

2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado.

2.1 O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 50% (Sm),

cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de

12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

2.2. Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula:

S - 1

R técnico = \_\_\_\_\_

Sm

Onde:

S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

2.3. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2,

o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma

a garantir a anualidade dos reajustes.

3. Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante

instrumento específico.

4. Independentemente 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.

5. Para fins da apuração do reajuste anual no valor das mensalidades e das tabelas de preços para novas

adesões, a carteira de planos exclusivos de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada, sendo

adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos.

6. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre os contratos que integram a

carteira de planos exclusivos de ex-empregados, em um mesmo mês.

7. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados entre beneficiários no presente

contrato.

8. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do

valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à

Lei nº 9656, de 1998.

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

trimestralmente, nas datas previstas pela ANS, após a sua aplicação, conforme determinado pela legislação em

vigor.

**Ordem:**  XIII

**Tema:** FAIXAS ETÁRIAS

**Código da Identificação:** XIII - Todos

**Identificação do Texto:** Faixas Etárias

**Texto do Dispositivo:**

- Este contrato não pratica reajustes considerando-se a faixa etária dos beneficiários.

**Ordem:**  XIV

**Tema:** BÔNUS - DESCONTOS

**Código da Identificação:** XIV - Todos

**Identificação do Texto:** Bônus - Descontos

**Texto do Dispositivo:**

- Este item não se aplica ao presente Contrato

**Ordem:**  XV

**Tema:** REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

**Código da Identificação:** XV - Empresarial

**Identificação do Texto:** Regras para Instrumentos Jurídicos de Planos Coletivos

**Texto do Dispositivo:**

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem

justa causa ou aposentados.

1. A CONTRATANTE assegura 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 CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31

da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa

causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis

meses e um máximo de vinte e quatro meses.

O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será:

a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou

b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez

anos.

A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido

ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº

9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu

grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do

benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a

opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho

formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da

aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

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 (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado

aos dependentes nos termos do disposto no artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº

279, de 2011, e suas posteriores alterações);.

O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas

pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e

artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279,

de 2011, e suas posteriores alterações;

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

à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº

9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores

alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos

seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores

alterações).

É assegurado 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 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual

ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011,

c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido

o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e

na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

Do cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde.

No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido aos empregados e

ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o

cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a

necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

a) A contratada disponha de um plano individual ou familiar;

b) O beneficiário titular se responsabilize pelo pagamento de suas mensalidades e de seus dependentes;

c) O valor da mensalidade corresponderá ao valor da Tabela Vigente na data de adesão ao plano Individual

Familiar;

Incluem-se no universo de beneficiários todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

**Ordem:**  XVI

**Tema:** CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

**Código da Identificação:** XVI - Empresarial

**Identificação do Texto:** Condições da Perda da Qualidade de Beneficiário

**Texto do Dispositivo:**

A perda da qualidade de beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

1. Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº

30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

c) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

d) a pedido do beneficiário titular

2. 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) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

d) a pedido do beneficiário titular

3. Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários, salvo

no caso específico de perda da qualidade de beneficiário titular e/ou dependente, a pedido mesmo, hipótese

em que a solicitação de exclusão do beneficiário titular e/ou dependente poderá ser efetuada pelo primeiro,

diretamente à pessoa jurídica ou à CONTRATADA.

3.1. No caso acima previsto, caberá à CONTRATADA fornecer ao titular, o comprovante de recebimento de

solicitação de exclusão de beneficiário, bem como informações sobre as consequências do cancelamento ou

exclusão do contrato

4. A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da

pessoa jurídica 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 9656/98.

c) a pedido do beneficiário titular

**Ordem:**  XVII

**Tema:**  RESCISÃO

**Código da Identificação:** XVII - Empresarial

**Identificação do Texto:**  Rescisão

**Texto do Dispositivo:**

O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:

1. Por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação por escrito à CONTRATADA, com no mínimo 30

(sessenta) dias do vencimento, período em que as partes deverão cumprir integralmente com as suas

obrigações contratuais.

2. No caso de inadimplência da CONTRATANTE representada pelo 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 conseqüências moratórias;

3. Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em

prejuízo da CONTRATADA;

4. Descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato;

5. Decretação de falência, deferimento de concordata ou dissolução da sociedade.

Antes do término dos primeiros 12 meses de vigência deste contrato, é facultado a qualquer das partes

denunciar o contrato, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 30

(trinta) dias.

**Ordem:**  XVIII

**Tema:** DISPOSIÇÕES GERAIS

**Código da Identificação:** XVIII - Todos

 **Identificação do Texto:** Disposições Gerais

 **Texto do Dispositivo:**

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação Contratante, o Catálogo de Serviços Odontológicos, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Ocorrendo a perda ou extravio do documento de identificação, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por

escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via

mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R$ 10,00, sendo que o

cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco

anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

São adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito,

involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer

outra causa, torne necessário o tratamento médico.

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.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as

coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL: é aquele executado em consultório odontológico,

cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.

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.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a

freqüência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção

do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários

pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato,

durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a

determinadas coberturas previstas no contrato.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código

de inscrição.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas

credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à

operadora, após a realização de procedimento.

CONSULTA: é o ato realizado pelo odontólogo que avalia as condições clínicas do beneficiário.

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de

assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora

depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o

beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no

contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos,

titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o

estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem

ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação

diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.

FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede

credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da

operadora.

MENSALIDADE: é a contraprestação pecuniária paga pelo contratante à operadora.

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou

membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente.

PRÓTESE: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou

membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

PRIMEIROS SOCORROS: é o primeiro atendimento realizado nos casos de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de

urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como

detentor principal do vínculo com uma operadora.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no

Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

**Ordem:**  XIX

**Tema:** ELEIÇÃO DE FORO

**Código da Identificação:** XIX - Todos

**Identificação do Texto:** Eleição de Foro

**Texto do Dispositivo:**

Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da

comarca de Birigui, estado de São Paulo.

Por estarem assim, inteiramente justos e contratados, assinam o presente contrato em 2(duas) vias de igual

teor e forma.

BIRIGUI, SP, 04 de fevereiro de 2.019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAMARA MUNICIPAL DE BIRIGUI**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ODONTOLIVE OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS**

CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JOVANA CODOGNATO DEMARQUI NOGUEIRA JOÃO DOMINGOS CUSTÓDIO

 ADVOGADO:

FERNANDO BAGGIO BARBIERE

 OAB/SP 298.858.