

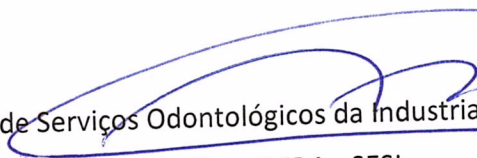
TERMO DE NUMERAÇÃO DE CONTRATO Nº 028/2018

Termo de Numeração ao contrato de adesão de prestação de serviços entre si fazem a **Companhia de Saneamento Municipal - CESAMA** e a **Associação de Serviços Odontológicos da Indústria de Minas Gerais – ODONTOVIDA (SESI)**.

A Companhia de Saneamento Municipal - CESAMA, empresa pública municipal, situada nesta cidade na Av. Rio Branco, 1843 – 8º ao 11º andares – Centro (CNPJ nº 21.572.243/0001-74), neste ato representada pelo seu Diretor Presidente, Dr. André Borges de Souza, brasileiro, casado, engenheiro, assina este TERMO DE NUMERAÇÃO que tem por objeto inserir ao **CONTRATO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE** aqui referido (**Dispensa nº 10/2018**), o número de série que lhe foi atribuído pelo registro no livro próprio da PRJ/CESAMA, atendendo às recomendações do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, cujo número é PRJ/CESAMA – **CONTRATO Nº 028/2018**, cujo **objeto é a cobertura de serviços de assistência odontológica aos associados**, autorizado no processo supramencionado às fls. 49 – pelo prazo de 12 (doze) meses (04/05/2018 a 03/05/2019) – Valor Provisionado: R\$ 123.408,00 (centos e vinte e três mil, quatrocentos e oito reais) . Ratificam-se todas as cláusulas do contrato original (adesão) assinado pelas partes, não alteradas por este instrumento.

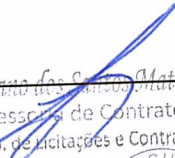
Juiz de Fora, 04 de maio de 2018.


André Borges de Souza
Diretor Presidente – CESAMA


Leonardo Ramalho
GERENTE
Associação de Serviços Odontológicos da Indústria de Minas Gerais
ODONTOINDÚSTRIA
ODONTOVIDA - SESI

Testemunhas


Grace Miranda Gomes
COORDENADORA TÉCNICA
SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA


Fabiano dos Santos Mattos
Assessor de Contratos
Depto. de Licitações e Contratos



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

Contrato de Prestação de Serviços de oferta de Plano Privado de Assistência à Saúde que estabelecem entre si, de um lado, como **CONTRATANTE**,

Razão Social: **COMPANHIA DE SANEAMENTO MUNICIPAL - CESAMA**

Nome Fantasia, se houver:

CNPJ: 21.572.243/0001-74 Endereço: AV BARÃO DO RIO BRANCO , 1843 10º andar- CENTRO , JUIZ DE FORA, MG cep: 36025-001 e, de outro lado, como **CONTRATADA** a **ASSOCIAÇÃO SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DA INDÚSTRIA DE MINAS GERAIS - ODONTOVIDA**, CNPJ: 10.796.140/0001-71, Registro da Operadora na ANS: 41.722-0, Classificação da Operadora na ANS: Odontologia de Grupo, com estabelecimento na Avenida do Contorno, nº 4520, 6º andar, Funcionários, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.110-916, têm entre si, justos e Contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nome Comercial: **Plano Odontovida**

Nº de Registro do Plano na ANS: 462.048/10-8

Vínculo: Ativo e Inativo

Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Odontológico

Fator moderador: Coparticipação e Franquia

Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: Grupo de Municípios

Área de Atuação do Plano de Saúde no Estado de Minas Gerais, Municípios:

ABAETE, ALFENAS, ANDRADAS, ARAGUARI, ARAXÁ, BAMBUÍ, BARÃO DE COCAIS, BARBACENA, BARROSO BELO HORIZONTE, BETIM, BOCAIÚVA, BOM DESPACHO, BORDA DA MATA, BRUMADINHO, BURITIZEIRO, CAMANDUCAIA, CAMBUÍ, CAMPO BELO, CAPIM BRANCO, CATAGUASES, CHAPADA DO NORTE, CLÁUDIO, CONFINS, CONGONHAS, CONSELHEIRO LAFAIETE, CONTAGEM, CORONEL FABRICIANO, CURVELO, DIVINÓPOLIS, ELÓI MENDES, EUGENÓPOLIS, EXTREMA, FELIXLÂNDIA, FORMIGA

GOVERNADOR VALADARES, IBIRITÉ, IPATINGA, ITABIRA, ITABIRITO ITAJUBÁ, ITATIAIUÇU, ITAÚNA, ITUIUTABA, JANAÚBA, JECEABA JOÃO MONLEVADE, JUATUBA, JUIZ DE FORA, LAGOA DOURADA, LAGOA SANTA, LAVRAS, LEOPOLDINA, MARIANA, MARTINHO CAMPOS, MATEUS LEME, MATOZINHOS, MOEDA, MONSENHOR PAULO, MONTES CLAROS, MURIAÉ, NAZARENO, NEPOMUCENO NOVA LIMA, NOVA SERRANA, OURO BRANCO, OURO PRETO,





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

PARÁ DE MINAS, PARAÓPEBA, PASSOS, PATOS DE MINAS, PEDRO LEOPOLDO, PIRAPETINGA, PIRAPORA, POÇOS DE CALDAS, PONTE NOVA, POUSO ALEGRE, PRESIDENTE OLEGÁRIO, PRUDENTE DE MORAIS, RIBEIRÃO DAS NEVES, SABARÁ, SANTA BÁRBARA, SANTA LUZIA, SANTA RITA DO SAPUCAÍ, SANTO ANTÔNIO DOS CAMPOS (DIVINÓPOLIS), SANTOS DUMONT, SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ, SÃO JOÃO DEL REI, SÃO JOÃO NEPOMUCENO, SÃO JOSÉ DA LAPA, SÃO TIAGO, SETE LAGOAS, TIMÓTEO, TRÊS CORAÇÕES, TRÊS PONTAS, UBERABA, UBERLÂNDIA, VARGINHA VESPASIANO, VIÇOSA, SÃO PAULO.

Formação do Preço: Pré-estabelecido

Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui

Condições de Admissão:

Além das pessoas com vínculo empregatício ou estatutário, são admitidos como Beneficiários Titulares neste contrato: os sócios, os diretores e os administradores da pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

Além das pessoas previstas nas condições de admissão deste contrato, também serão admitidos como Beneficiários Dependentes: ARTIGOS 2.1.1 E 2.1.2 DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO.

Período mensal para movimentação de Beneficiários: até dia 19 (dia útil) de cada mês, com vigência para mês posterior.

Data da efetivação das inclusões: 05/05/2016

Data da efetivação das exclusões: 05/05/2017

Número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato: 10

Período inicial admitido para se atingir o mínimo de Beneficiários: 30 DIAS

Duração do Contrato:

Prazo mínimo de Vigência: 12 (doze) meses

Data inicial de vigência do Contrato: Data da assinatura deste instrumento

Períodos de Carência:

Cobertura	Carência registrada na ANS:	Carência negociada:
Procedimentos de urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato;	24 (vinte e quatro) horas	Não há

Demais casos.	180 (cento e oitenta) dias	Não há
---------------	----------------------------	--------

Coparticipações:

- a) 0 zero;
- b) 0 zero;
- c) 0 zero.

Franquia:

- a) 0 zero;
- b) 0 zero;
- c) 0 zero.

Formação do Preço e Mensalidade:

Data de pagamento da mensalidade e eventuais outros valores devidos ao plano:
05/ / .

Critério para determinação do custo do Beneficiário: Cláusula 10º e 11º do contrato.

Valor da segunda via do Cartão Individual de Identificação: R\$ 10,00

Reajuste:

Índice para cálculo do Reajuste Financeiro: IPCA/IBGE

Retroatividade do Reajuste Financeiro: 02 (dois) meses, contados do aniversário do contrato

Meta de Sinistralidade: 60% (sessenta por cento)

Rescisão:

Multa pecuniária pela rescisão do contrato antes do término da vigência mínima: 03 (três) contribuições integrais calculadas pela média das contribuições efetuadas ao plano antes de sua notificação.

Declaração de Recebimento e Posse

Declaro que, antes da assinatura desse Instrumento, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado ao Beneficiário Titular junto com o cartão individual de identificação. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

Integra este instrumento, as **CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO** apresentadas a seguir, que estabelecem as demais regras instituídas para este plano.

E por estarem assim ajustadas e combinadas, as partes assinam esse instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Belo Horizonte, 01 de MAIO de 2016.

Humberto R. C. Filho
GERENTE REGIONAL
SESI / SENAI

**ASSOCIAÇÃO SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS DA INDÚSTRIA
DE MINAS GERAIS - ODONTOVIDA**

[Assinatura]
**COMPANHIA DE SANEAMENTO
MUNICIPAL - CESAMA**

CONTRATANTE

CONTRATADA

Testemunhas:

Nome: _____

Ass.: *Leidiane Silva Santos* _____

CPF: *Ass. Adm. - Odonto Vida* _____
CPF: 016.521.556-65

Nome: _____

Ass.: _____

CPF: _____

CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO

CLÁUSULA PRIMEIRA – ATRIBUTOS DO CONTRATO

1.1 O presente Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9.656/1998, visando à assistência Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal compatíveis com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica.

1.2 O presente instrumento trata-se de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

CLÁUSULA SEGUNDA – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

2.1 Poderão se inscrever no Plano, nas seguintes categorias:

2.1.1 Na Qualidade de **Beneficiário Titular** (respeitado o disposto no art. 5º da RN nº 195/09 da ANS e suas alterações):

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com a **CONTRATANTE**;
- b) Outros admitidos na regulamentação, desde que previstos expressamente nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** deste instrumento.

2.1.2 Na Qualidade de **Beneficiários Dependentes**: **pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular**:

- a) O cônjuge;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, **solteiros e menores de 21 (vinte e um) anos incompletos, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso superior registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento**;



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela;
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos através de laudo médico emitido pelo INSS ou comprovante de aposentadoria por invalidez junto ao INSS;
- f) Outros admitidos na regulamentação, desde que previstos expressamente nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** deste instrumento.

2.2 A adesão dos Beneficiários Dependentes fica condicionada à participação do Titular.

2.3 A inclusão do Beneficiário Titular e de seus Dependentes será processada mediante solicitação de inclusão, pela CONTRATANTE, conforme modelo próprio disponibilizado pela CONTRATADA, contendo a respectiva qualificação completa dos beneficiários, incluindo filiação, endereço completo, número de inscrição no CPF e RG.

2.4 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à CONTRATADA, pela CONTRATANTE.

2.4.1 A CONTRATANTE encaminhará à CONTRATADA no período de cada mês especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, a relação dos Beneficiários que aderirem ao Plano previsto neste Contrato e dos Beneficiários que forem excluídos, nos termos estabelecidos neste Contrato.

2.5 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pela CONTRATANTE será processada no período de cada mês especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no período de cada mês especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

2.6 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

2.7 Caso as exclusões de Beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, reduza a massa de Beneficiários do plano a menos que o mínimo exigido, ou ainda, o número de inclusões não atinja o mínimo exigido, no período especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.8 É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante,



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

desde que solicitada num prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

2.8.1 A inclusão fica vinculada à verificação das condições de elegibilidade do Dependente estabelecidas no presente Contrato.

2.9 Ultrapassado o prazo previsto no item antecedente, será obrigatório o cumprimento integral dos respectivos prazos de carência.

2.10 A CONTRATANTE obriga-se a fornecer à CONTRATADA, quando esta julgar necessário, documentos comprobatórios de seu quadro de pessoal.

2.11 A CONTRATANTE deverá enviar, quando solicitado pela CONTRATADA, xerocópia da guia de recolhimento da contribuição para o INSS, bem como a relação de empregados afastados por doença e que estejam recebendo auxílio.

2.12 A CONTRATANTE é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus beneficiários, incluindo eventual alteração de endereço, que deverá ser comunicada imediatamente à CONTRATADA, sob pena do destinatário da correspondência ter presumida a sua ciência e o seu conhecimento, para todos os fins de direito, dos conteúdos das notificações, cobranças, interpelações, etc., que venha a receber em seu antigo endereço.

CLÁUSULA TERCEIRA – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1 O presente instrumento garante todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento, para a segmentação Odontológica e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) estabelecidas na regulamentação da ANS em vigor na data do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede prestadora de serviços vinculada a este Contrato, conforme relação a seguir:

a) Procedimentos de DIAGNÓSTICO:

- i. Consulta Odontológica inicial;
- ii. Condicionamento em odontologia;



- iii. Teste de fluxo salivar;
 - iv. Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção/biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial);
 - v. Teste de PH salivar (acidez salivar).
- b) Procedimentos de **URGÊNCIA / EMERGÊNCIA**
- i. Tratamento de odontalgia aguda;
 - ii. Imobilização dentária temporária;
 - iii. Recimentação de peça/trabalho protético;
 - iv. Tratamento de alveolite;
 - v. Colagem de fragmentos dentários;
 - vi. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
 - vii. Reimplante de dente avulsionado com contenção;
 - viii. Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático.
- c) Procedimentos de **RADIOLOGIA**:
- i. Radiografia periapical;
 - ii. Radiografia interproximal - bite-wing;
 - iii. Radiografia oclusal;
 - iv. Radiografia Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).
- d) Procedimentos de **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**:
- i. Atividade Educativa em saúde bucal;
 - ii. Controle de biofilme dental (placa bacteriana);
 - iii. Aplicação Tópica de Flúor;
 - iv. Profilaxia – polimento coronário;
 - v. Aplicação de selante;
 - vi. Dessensibilização dentária;
 - vii. Remineralização dentária.
- e) Procedimentos de **DENTÍSTICA**:
- i. Aplicação de cariostático;
 - ii. Adequação do meio bucal;
 - iii. Restauração em amálgama;
 - iv. Faceta direta em resina fotopolimerizável;
 - v. Restauração resina fotopolimerizável;
 - vi. Núcleo de preenchimento;
 - vii. Ajuste oclusal;
 - viii. Restauração em ionômero de vidro;
 - ix. Restauração temporária /tratamento expectante;

- x. Tratamento restaurador atraumático;
- xi. Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana).

f) Procedimentos de **PERIODONTIA**:

- i. Raspagem supra-gengival e polimento coronário;
- ii. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal;
- iii. Imobilização dentária;
- iv. Gengivectomia/gengivoplastia;
- v. Aumento de coroa clínica;
- vi. Cunha proximal;
- vii. Cirurgia periodontal a retalho;
- viii. Tratamento de abscesso periodontal;
- ix. Enxerto gengival livre;
- x. Enxerto pediculado.

g) Procedimentos de **ENDODONTIA**:

- i. Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final;
- ii. Pulpotomia;
- iii. Remoção de corpo estranho intracanal;
- iv. Tratamento endodôntico em dentes permanentes;
- v. Retratamento endodôntico de dentes permanentes;
- vi. Tratamento endodôntico em dentes decíduos;
- vii. Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta;
- viii. Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar;
- ix. Remoção de núcleo intra-canal;
- x. Remoção de peça/trabalho protético.

h) Procedimentos de **CIRURGIA**:

- i. Alveoloplastia;
- ii. Apicetomia com ou sem obturação retrógrada;
- iii. Biópsia (Lábio, Boca, Língua, Glândula Salivar, Mandíbula/Maxila);
- iv. Sutura de ferida buco-maxilo-facial;
- v. Cirurgia para tórus/exostose;
- vi. Exérese ou Excisão de mucocèle, rândula ou cálculo salivar;
- vii. Exodontia a retalho;
- viii. Exodontia de raiz residual;
- ix. Exodontia simples de permanente;
- x. Exodontia simples de decíduo;
- xi. Redução de fratura alvéolo dentária;
- xii. Frenotomia/Frenectomia labial;

- xiii. Frenotomia/Frenectomia lingual;
- xiv. Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados);
- xv. Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais;
- xvi. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila;
- xvii. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles da região buco-maxilo-facial;
- xviii. Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução;
- xix. Ulectomia/Ulotomia;
- xx. Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada;
- xxi. Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila;
- xxii. Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial;
- xxiii. Aprofundamento/ aumento de vestibulo;
- xxiv. Bridectomia/ bridotomia;
- xxv. Odonto-secção;
- xxvi. Redução de luxação da ATM;
- xxvii. Tunelização.

i) Procedimentos de **PRÓTESE DENTAL**:

- i. Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF;
- ii. Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato;
- iii. Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética;
- iv. Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética;
- v. Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética;
- vi. Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética.

3.2 A cobertura odontológica compreende, ainda, a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CLÁUSULA QUARTA – EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1 Em conformidade com o que prevê a Lei nº 9.656/1998, as Resoluções do Consu, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na data do evento, para a segmentação Odontológica, estão excluídos da cobertura

do Plano os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste Contrato e os provenientes de:

- a) Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;
- b) Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;
- c) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;
- e) Procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora da área de abrangência do plano, bem como despesas decorrentes de serviços prestados por cirurgiões-dentistas não credenciados ao plano contratado, à exceção dos atendimentos de urgência ou de emergência, que poderão ser efetuados por prestadores não credenciados e posteriormente reembolsados, nos limites e termos deste Contrato;
- f) Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- g) Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- h) Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- i) Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- j) Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- k) Transplantes ósseos;
- l) Enxertos ósseos e biomateriais;
- m) Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- n) Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- o) Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- p) Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- q) Procedimentos buco-maxilo-faciais, que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

- r) As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- s) Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- t) Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, ou seja, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA, ainda que utilizado durante o atendimento odontológico;
- u) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- v) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- w) Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- x) Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência / emergência;
- y) Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento;
- z) Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- aa) Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- bb) Cirurgias a laser;
- cc) Clareamento dentário;
- dd) Exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo previsto nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, contados da data estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, data esta considerada como de aniversário do presente instrumento, não podendo ocorrer nenhum pagamento antes dessa data.

5.2 Este Contrato tem renovação automática, por prazo indeterminado, a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, se quaisquer das partes não se manifestar, contrariamente, no prazo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA SEXTA – PERÍODOS DE CARÊNCIA

6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas contratadas. O direito de atendimento ao Beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será garantido **após cumprimento das carências especificadas nas CARACTERÍSTICAS GERAIS**, observando-se o disposto na legislação vigente, especialmente inciso V, art. 12, da Lei nº 9.656/1998.

6.2 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência do Contrato. **Para os incluídos após a vigência deste instrumento, as carências serão contadas da data da sua inclusão.**

6.3 Nos termos da Resolução Normativa nº. 195/09, quando o número de Beneficiários inscritos neste Contrato for igual ou superior a 30 (trinta), não será exigido o cumprimento dos períodos de carência estipulados neste Contrato, **desde que o Beneficiário formalize o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da data da assinatura deste Contrato ou de sua vinculação à CONTRATANTE.**

6.4 A exigência do cumprimento dos períodos de carência voltará a vigorar para as novas adesões se houver redução de Beneficiários para um número inferior a 30 (trinta) Beneficiários.

CLÁUSULA SÉTIMA – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

7.1 Consideram-se atendimentos de urgência/emergência odontológicos, garantidos pelo presente contrato:

Procedimento
Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;
Tratamento de odontalgia aguda;
Imobilização dentária temporária;
Recimentação de peça/trabalho protético;
Tratamento de alveolite;
Colagem de fragmentos dentários;
Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;
Reimplante de dente avulsionado com contenção.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

7.2 A CONTRATADA assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste Contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano, **nos casos exclusivos de urgência ou de emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados pela CONTRATADA.**

7.3 O Beneficiário deverá apresentar a documentação adequada no prazo máximo de 12 (doze) meses contados da data do evento, sob pena de perder o direito ao reembolso.

7.4 O pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da Tabela de Reembolso da CONTRATADA (que equivale à relação de serviços odontológicos praticados pela CONTRATADA junto à rede de prestadores do respectivo plano), descontados os eventuais valores de coparticipação ou franquia, previstos neste instrumento, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais:

- a) Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional e/ou instituição não credenciada pela CONTRATADA (Recibos e/ou Notas Fiscais);
- b) Relatório do cirurgião-dentista assistente, declarando o nome do paciente, código de identificação, o tratamento efetuado, data do atendimento, sua justificativa para o tratamento realizado, especificando, ainda, a razão da urgência e emergência;
- c) Comprovação radiográfica pré e pós a realização dos procedimentos;
- d) Comparecimento, após o atendimento, na auditoria clínica em local estabelecido pela CONTRATADA.

7.5 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao Beneficiário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência ou de emergência.

CLÁUSULA OITAVA – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

8.1 A CONTRATADA assegurará a livre escolha de prestadores, por meio do reembolso, nos limites da cobertura prevista neste contrato, das despesas efetuadas pelo Beneficiário com assistência à saúde para procedimentos de urgência e emergência, desde que ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano.

8.2 Fica expressamente excluído o direito ao reembolso para:

- a) **Atendimentos e procedimentos realizados fora da área de abrangência a atuação deste contrato;**
- b) **Atendimentos e procedimentos não cobertos por este contrato.**

8.3 Não haverá reembolso de despesas de serviços pertencentes à Rede Credenciada da CONTRATADA, cujos custos serão pagos por esta diretamente ao prestador, conforme condições contratadas.

CLÁUSULA NONA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

9.1 Será assegurada aos Beneficiários, a prestação dos serviços odontológicos previstos neste Contrato, através da Rede Própria e Credenciada da **CONTRATADA**, obedecidas as coberturas do plano contratado, na forma descrita neste instrumento.

9.2 Para a garantia da cobertura da assistência ora pactuada, a **CONTRATADA** colocará à disposição dos Beneficiários, **dentro da área de abrangência geográfica do Plano:** centros odontológicos, ambulatorios dentários, consultórios e respectivos profissionais da área e de atendimento de urgência e emergência, constantes do Guia Odontológico.

9.3 O Guia Odontológico estará disponível em versão atualizada, para consulta e cópia no seu portal na Internet – www.odontovida.com.br, que será atualizado periodicamente, observando-se a legislação vigente. Todas as informações sobre substituições de prestadores e alterações na rede estarão disponíveis no portal da **CONTRATADA** na internet, na forma e prazos estabelecidos pela regulamentação.

9.4 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos Beneficiários deste Contrato, estes, quando utilizarem os serviços, deverão ser atendidos por **cirurgiões-dentistas integrantes do corpo clínico credenciado pela CONTRATADA e em clínicas também por ela credenciadas**, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.

9.5 Embora a cobertura contratual esteja restrita aos serviços realizados por profissionais credenciados pela **CONTRATADA**, constantes no Guia Odontológico, ressalvada a hipótese de reembolso para os casos de urgência e emergência, é admitido que os serviços possam ser solicitados por **cirurgião-dentista não credenciado. Nesse caso, deve o beneficiário solicitar, através do endereço eletrônico da CONTRATADA, a transcrição do pedido para a guia padronizada,**



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

denominada TISS, e a indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.

9.6 Caberá aos Beneficiários do presente Contrato, marcar previamente o horário para consulta no cirurgião-dentista escolhido por ele dentre os constantes da rede credenciada da **CONTRATADA**, porém, no caso de impossibilidade de comparecimento, deverá comunicar o fato ao cirurgião-dentista com antecedência mínima de 24 (vinte quatro) horas, para cancelamento da consulta.

9.7 A realização de consultas e radiografias não estão sujeitas a autorização prévia da **CONTRATADA**, conforme estabelecido neste Contrato.

9.8 Também não estão sujeitos a autorização prévia pela **CONTRATADA**, os casos de urgência e emergência, quando assim caracterizados, devendo o beneficiário ou pessoa que por ele responda encaminhar, nas 48 (quarenta e oito) horas seguintes, a solicitação de autorização para os procedimentos realizados, sob pena de não cobertura.

9.9 A utilização de todos os demais procedimentos cobertos neste contrato está sujeita a autorização prévia.

9.10 Para que o beneficiário faça jus ao atendimento, deverá ser observado:

- a) A utilização dos serviços dependerá da apresentação do cartão de identificação do Beneficiário que se submeterá ao tratamento, junto com o respectivo documento de identidade expedido por órgão oficial.
- b) Para todo atendimento será feita a confirmação da identificação do beneficiário eletronicamente, via sistema;
- c) As autorizações prévias também serão feitas eletronicamente, via sistema;
- d) A aprovação do procedimento dar-se-á por meio de comprovação radiográfica do tratamento proposto e executado;
- e) Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação.

9.11 É garantido, no caso de situações de divergências odontológicas a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por dentista da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora, conforme determinação da CONSU 8/98, art. 4.º, inciso V. O Beneficiário arcará com os honorários do profissional que designar caso ele não pertença à Rede da **CONTRATADA**.

9.12 A CONTRATADA poderá requisitar a qualquer tempo, diretamente dos cirurgiões-dentistas ou de quaisquer outros prestadores de serviço, todas as informações que julgue necessárias para elucidação de matérias relacionadas à utilização das coberturas. Nessas circunstâncias, responsabiliza-se pelo sigilo das informações obtidas.

9.13 DA COPARTICIPAÇÃO

9.13.1 Entende-se por coparticipação a parte efetivamente paga pelo Beneficiário Titular à CONTRATADA, referente à utilização dos serviços cobertos, por si e seus Dependentes, definida em termos fixos ou em percentuais.

9.13.2 Além da contribuição mensal devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários inscritos, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada coparticipação, na utilização, pelos Beneficiários, dos procedimentos relacionados nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

9.13.3 Serão de responsabilidade do CONTRATANTE os valores de coparticipações referentes à utilização de procedimentos realizados em período no qual o Beneficiário estava inscrito, independente da época da cobrança, ou seja, o CONTRATANTE obriga-se a arcar com tais valores, ainda que o desligamento desse Beneficiário já tenha ocorrido.

9.14 DA FRANQUIA

9.14.1 Entende-se por Franquia a parte efetivamente paga pelo Beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da CONTRATADA.

9.14.2 Além da contribuição mensal devida pelo CONTRATANTE em função do número de Beneficiários inscritos, e conforme descrito neste Contrato, será cobrada franquia, na utilização, pelos Beneficiários, dos procedimentos a relacionados nas CARACTERÍSTICAS GERAIS.

CLÁUSULA DÉCIMA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

10.1 O Plano contratado será custeado em regime de preço 'pré-estabelecido', nos termos da Resolução Normativa nº 85/04 da ANS (Anexo II, item 11, número 1) e alterações posteriores.

10.2 Em virtude dos serviços previstos neste instrumento, a **CONTRATANTE** deverá pagar à **CONTRATADA**, uma contraprestação pecuniária mensal para cada **Beneficiário** inscrito (ou grupo familiar inscrito), definida como mensalidade, bem como por valores de coparticipação quando da utilização dos procedimentos.

10.3 Para cobrança do valor de mensalidade e eventuais valores de coparticipação, a **CONTRATADA** enviará, ao **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, sendo essa a respectiva data de vencimento da obrigação, facultando-se à **CONTRATADA**, quando julgar conveniente, emitir e sacar duplicata referente às coberturas contratadas.

10.4 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, sendo reconhecido como comprovante de pagamento qualquer documento determinado pela **CONTRATADA**.

10.5 As faturas emitidas pela **CONTRATADA** terão por base o número de **Beneficiários** informado pelo **CONTRATANTE**. Na falta de comunicação, em tempo oportuno, de inclusão ou de exclusão de **Beneficiários**, a fatura se baseará nos dados disponíveis no período de emissão do documento de cobrança, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

10.6 A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante comunicação prévia.

10.7 No caso do aposentado e do empregado demitido, que optarem pela manutenção do Plano, nos termos deste Contrato, será remetido boleto único de cobrança ao Titular, que deverá ser quitado até o dia do mês estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** (mesmo dia para quitação das faturas a cargo da **CONTRATANTE**), conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.

10.8 Se a **CONTRATANTE**, bem como o aposentado e o empregado demitido, não receberem documento que os possibilitem realizar o pagamento de sua

obrigação, em até 05 (cinco) dias antes da data do vencimento, deverão requerer segunda via junto à CONTRATADA, que enviará nova cobrança.

10.9 A perda, extravio ou não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga a CONTRATANTE, bem como o aposentado e o demitido de efetuarem o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

10.10 O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

10.11 O pagamento antecipado das mensalidades não elimina nem reduz os períodos de carência deste Contrato.

10.12 O pagamento dos valores devidos à CONTRATADA referente a um determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

10.13 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade da CONTRATANTE, bem como do aposentado e o empregado demitido, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.14 A CONTRATADA se reserva o direito de cobrar os débitos não quitados por todos os meios legais cabíveis, inclusive promovendo a respectiva cobrança por meio de instituições financeiras e inscrição em órgãos de proteção ao crédito.

10.15 Do pagamento do Beneficiário

10.15.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, a CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA dos valores devidos nos termos estipulados neste instrumento, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante a CONTRATANTE.

10.15.2 Em atenção ao disposto no §1º do artigo 15 da RN nº 279, de 2011, foi adotado o critério estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS para a determinação do custo do beneficiário.

10.15.3 A CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE

CONTRATANTE solicitar à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

10.15.4 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores devidos pelo Beneficiário à CONTRATANTE, ensejará o direito desta de exigir, juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados dia a dia, e multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, sem prejuízo da eventual cobrança judicial de indenização por perdas e danos, conforme o caso.

10.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderá a CONTRATANTE solicitar a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30 (trinta) dias da exclusão, o Beneficiário que reingressar deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

11.1 O reajuste a incidir sobre o valor da mensalidade será anual, tendo como data-base de aniversário o mês de início de vigência contratual.

11.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa terá aplicação imediata sobre este Contrato.

11.3 A mensalidade será reajustada de acordo com o índice de reajuste obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(Q; RT)) \times (1 + RF) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice previsto nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** do aniversário deste Contrato, sendo que na falta deste, o reajuste se dará através de outro índice oficial que vier a substituí-lo.

RT (Reajuste Técnico): determinado em função da sinistralidade deste Contrato, apurado de acordo com a seguinte expressão:

$$RT = S/Sm - 1$$

Onde:

S = sinistralidade (relação entre as despesas assistenciais e as receitas de contribuição deste Contrato), apurada no mesmo período considerado para determinação do RF.

Sm = meta de sinistralidade estabelecida nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

11.4 Excepcionalmente, poderá a administração da **CONTRATADA**, optar por percentual de reajuste menor que o obtido através da fórmula acima, em face de negociação com a **CONTRATANTE**.

11.5 As partes poderão, de comum acordo e após a apuração dos índices e valores obtidos através dos cálculos expostos na fórmula supracitada, optar por um aporte financeiro suficiente para saldar os valores das despesas atribuíveis à sinistralidade apurada no período.

11.6 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

11.7 As demais obrigações financeiras previstas neste instrumento (tais como taxa de inscrição, segunda via do Cartão de Identificação, coparticipações e franquias, em valor ou percentual), serão reajustadas no mesmo momento da mensalidade, através de livre negociação entre as partes. Na falta de acordo entre as partes, serão reajustadas utilizando-se o mesmo índice de reajuste da mensalidade.

11.8 Independente da data de adesão do Beneficiário, os valores de suas contribuições terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência deste Contrato, entendendo esta como data base única.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – FAIXAS ETÁRIAS

12.1 A contraprestação pecuniária de responsabilidade do **CONTRATANTE** não é variável conforme a faixa etária dos Beneficiários, sendo fixada em preço único, na forma descrita neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

13.1 DO DEMITIDO

13.1.1 A **CONTRATANTE** assegura ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).**

13.1.1.1 O exonerado ou demitido deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado.

13.1.1.2 O período de manutenção da condição de Beneficiário 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.

13.2 DO APOSENTADO

13.2.1 A CONTRATANTE assegura ao Beneficiário Titular que se aposentar e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de dez anos, o direito de manutenção como Beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).

13.2.1.1 O aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta à comunicação da CONTRATANTE sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, formalizada no ato da comunicação da aposentadoria.

13.2.1.2 Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior a dez anos, é assegurado o direito de manutenção como Beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

13.2.1.3 Na hipótese do empregado que se aposentar continuar trabalhando na CONTRATANTE, quando vier a se desligar dessa, é garantido o direito de manter-se como beneficiário na condição de aposentado.

13.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na CONTRATANTE, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE PLANO DE SAÚDE

permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

13.3 DAS DISPOSIÇÕES COMUNS

13.3.1 O PLANO tratado neste Contrato destina-se a categoria de Beneficiários ativos e ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, pelo que o direito previsto nesta Cláusula garantirá a manutenção do ex-empregado neste mesmo PLANO.

13.3.2 O direito garantido nesta cláusula será assegurado ainda que o Beneficiário não esteja contribuindo para o PLANO no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, **desde que em algum momento tenha contribuído para o PLANO. Nesse caso, o direito será assegurado na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o PLANO.**

13.3.3 A manutenção da condição de beneficiário prevista nesta Cláusula, poderá ser exercida individualmente pelo titular ou estendida também a seu grupo familiar **inscrito quando da vigência do contrato de trabalho**, a critério do próprio titular.

13.3.3.1 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.

13.3.4 Em caso de óbito do demitido ou aposentado em exercício do direito de manutenção, é garantida a permanência no plano dos dependentes inscritos, pelo prazo restante a que teria direito o demitido ou o aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

13.3.5 As garantias previstas nesta cláusula não excluem vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

13.3.6 A admissão do beneficiário em novo emprego é causa de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula, cabendo ao demitido ou aposentado comunicar esse fato imediatamente à operadora ou à contratante, para a promoção de sua exclusão e de seu grupo familiar vinculado, sob pena de fraude.

13.3.6.1 Também são causas de extinção do direito de manutenção previsto nesta cláusula:





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

- a) O decurso dos prazos de manutenção previstos nesta cláusula;
- b) O cancelamento pelo empregador do benefício do plano concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

13.3.7 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, **nos termos previstos na regulamentação vigente.**

13.3.7.1 Além da portabilidade mencionada durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, deve-se observar ainda as demais possibilidades de portabilidade contempladas na legislação de saúde suplementar em vigor, como nos casos de óbito do titular e da perda da elegibilidade dos dependentes.

13.3.8 O titular que não contribuir para o plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício ou estatutário, não terá direito à permanência de que trata essa cláusula, após a perda do vínculo empregatício.

13.3.8.1 Nos planos coletivos custeados integralmente pela CONTRATANTE, não é considerada contribuição a coparticipação do Beneficiário, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência odontológica.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

14.1 Caberá à CONTRATANTE solicitar a suspensão da cobertura ou a exclusão de Beneficiários, inclusive nas seguintes situações:

- a) Solicitação de exclusão feita pelo próprio beneficiário;
- b) Perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) Perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente;

- d) Inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA.

14.1.1 Para proceder com a solicitação de exclusão de um Beneficiário Titular do PLANO tratado neste instrumento, a CONTRATANTE deverá obrigatória e expressamente informar à CONTRATADA:

- a) se o Beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) se o Beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN279/11, ou seja, se é o caso de empregado aposentado que continuou trabalhando na CONTRATANTE após a aposentadoria;
- c) se o Beneficiário contribuía para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento;
- d) por quanto tempo o Beneficiário contribuiu para o pagamento do PLANO tratado neste instrumento; e
- e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como Beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

14.1.2 Nos termos da regulamentação, somente serão admitidas as solicitações de exclusão dos Beneficiários Titulares deste PLANO, mediante comprovação inequívoca de que o Beneficiário Titular foi comunicado do direito de manutenção previsto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, bem como mediante a disponibilização das informações previstas no item anterior (quando aplicável).

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

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão pré-existente será instaurado processo administrativo junto à ANS, para apuração da fraude, nos termos da legislação vigente;
- b) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;
- c) perda da qualidade de Dependente, no caso do Beneficiário deixar de atender às condições exigidas para sua inscrição previstas neste instrumento ou quando deixar de entregar os documentos comprobatórios exigidos para sua manutenção como Dependente.

- requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo da CONTRATANTE;
 - c) Descumprimento da CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato;
 - d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial da CONTRATANTE;
 - e) Se não for mantido o número mínimo de Beneficiários estabelecido para manutenção deste contrato, conforme prevê a Cláusula Condições de Admissão, ressalvado o disposto no parágrafo abaixo.

15.2 Na hipótese do número de Beneficiários ficar abaixo do limite estabelecido na cláusula Condições de Admissão, a CONTRATADA poderá, a seu critério, manter vigência temporária adicional, para que seja reconstituído o mínimo contratualmente estabelecido. Caberá a (o) CONTRATANTE pagar o equivalente à média per capita das mensalidades, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

15.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 10 (dez) dias sucessivos de falta de pagamento.

15.4 Após o término do prazo mínimo de vigência contratual, é facultado a qualquer das partes denunciarem o Contrato, mediante comunicação escrita e protocolada, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

15.5 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de rescindir o presente Contrato, antes do término do prazo mínimo de vigência contratual, fica obrigado ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente ao especificado nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, ressalvado o direito da CONTRATADA de exigir complemento do valor caso o prejuízo suportado seja superior ao montante da multa acima especificada, na forma do Código Civil vigente.

15.6 Em nenhuma hipótese haverá restituição do valor pago pela CONTRATANTE para o Beneficiário fazer jus às coberturas definidas neste instrumento.

15.7 Não será admitida a inclusão ou exclusão de Beneficiários durante o prazo de aviso prévio descrito neste Contrato.

15.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar da CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

15.9 É responsabilidade da CONTRATANTE comunicar, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

15.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pela **CONTRATANTE**, é assegurado ao beneficiário inscrever-se em plano individual/familiar oferecido pela **CONTRATADA**, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, desde que a **CONTRATADA** possua plano individual/familiar à época, observando-se que:

- a) Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do Beneficiário no plano coletivo cancelado;
- b) **Deverá o Beneficiário solicitar à CONTRATADA a lista de planos de saúde individuais/familiares disponíveis e a respectiva tabela de preços para fazer jus ao disposto neste item;**
- c) **Os Beneficiários deverão fazer opção pelo produto individual/familiar no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício;**
- d) **É responsabilidade do empregador informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o item antecedente.**

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Para os efeitos deste Contrato, são adotadas as seguintes definições:

- a) **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - 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 garantam a assistência suplementar à saúde;
- b) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- c) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas contratadas;



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

- d) **COBERTURA:** garantia, nos limites e modalidades deste Contrato, do pagamento de despesas odontológicas, diretamente às pessoas físicas ou jurídicas prestadoras de serviços, em nome e por conta dos Beneficiários;
- e) **COMPANHEIRO:** pessoa que vive em união estável com outrem, considerada união estável a entidade familiar entre o homem e a mulher, configurada na convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, nos termos da Constituição Federal e do Código Civil Brasileiro;
- f) **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU:** órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar, definidas no art. 35-A da Lei nº 9.656/1998.

16.2 Por convenção, adotou-se neste Contrato o gênero masculino quando há referência ao gênero masculino e feminino.

16.3 A **CONTRATADA** fornecerá aos Beneficiários o Cartão Individual de Identificação, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, assegura a fruição dos direitos e vantagens deste Contrato, podendo a **CONTRATADA** adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos Beneficiários.

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

16.5 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o **CONTRATANTE** deverá comunicar o fato à **CONTRATADA**, por escrito, acompanhada de declaração de perda ou de boletim de ocorrência, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito pela **CONTRATADA**.

16.6 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas pela **CONTRATADA**, conforme valor de Taxa de Implantação vigente à época ou no valor estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, caso tenha sido isentada a Taxa de Implantação.

16.7 A **CONTRATADA** não se responsabilizará por qualquer procedimento do Beneficiário que contrarie as normas e rotinas contidas neste Contrato.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

16.8 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTES.

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

16.10 O CONTRATANTE, por si e por seus beneficiários, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

16.11 Este Contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do avençado, as partes se sujeitarão ao ajuste das novas condições.

16.12 A CONTRATADA não será responsabilizada, em nenhuma hipótese, por eventos, procedimentos ou efeitos decorrentes da contratação direta de serviços não cobertos por este Contrato entre o Beneficiário Titular e/ou seus dependentes e os profissionais credenciados e/ou não credenciados pela CONTRATADA.

16.13 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Documentos de Adesão, Guia Odontológico e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – ELEIÇÃO DE FORO

17.1 As partes comprometem-se a resolver de comum acordo as divergências decorrentes do presente instrumento, não sendo possível a composição amigável, fica eleito o foro do domicílio do CONTRATANTE, para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE

SESIMINAS

ODONTOVIDA Proposta de Admissão n.º 167/2011

Este produto está de acordo com a Lei n.º 9.656 de 03 de Junho de 1998 e com toda a legislação em vigor nesta data.

1- CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO	
Plano Odontológico – Coletivo Empresarial – Grupo de Municípios	
Plano Odontovida	Registro ANS: 462.048/10-8
2- OPERADORA	
SESI ODONTOVIDA	
Registro na ANS n.º 417220 – C.N.P.J. n.º 107961400001-71	
Av. Contorno, n.º 4520 /2º andar – CEP: 30.110-916 – Belo Horizonte – MG – Tel.: (31) 3263-6811	
3- CONTRATANTE	
Razão Social: COMPANHIA DE SANEAMENTO MUNICIPAL - CESAMA	
Endereço: AV BARÃO DO RIO BRANCO , 1843	
Bairro: CENTRO	CEP: 36025-001
Cidade: JUIZ DE FORA	UF: MG
Tel.: (32)3239-1106	Fax: (32)3239-1235
Contato:	Agente comercial:
Total de funcionários da empresa:	
E-mail de contato do RH (*): DERH.BENEFICIOS@CESAMA.COM.BR	
E-mail para envio dos boletos de cobrança (*): TESOURARIA@CESAMA.COM.BR	
Outros e-mails que devem constar no cadastro (opcional): SFONSECA@CESAMA.COM.BR	
CNPJ: 21.572.243/0001-74	Inscrição Estadual:
Inscrição Municipal:	
Endereço para correspondência:	
Nome da empresa para constar no cartão de identificação:	





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OFERTA DE
PLANO DE SAÚDE**

4- CONDIÇÕES DO CONTRATO DO PLANO

4.1 – Valores: O custo mensal da assistência odontológica negociado é de R\$11,10 por adesão de funcionários e dependentes.

4.2 – Taxa de Inscrição: Não haverá taxa de inscrição.

4.3 – Valor 2ª via do cartão de identificação: R\$10,00

4.3 – Vencimento da Fatura:

O vencimento da fatura ocorrerá todo dia 05 de cada mês.

4.4 – Envio do extrato de cobrança e boleto: 15 (quinze) dias antes do vencimento, o boleto será enviado para o(s) e-mail(s) cadastrado(s).

4.5 – Modalidade de pagamento: pré-pagamento sujeito à cobrança de valor *pro rata*.

4.6 – Data de vigência e duração do contrato:

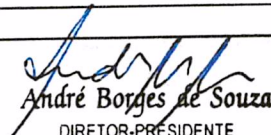
- O contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses a partir da data da assinatura do contrato do plano.
- Obs.: A documentação necessária para cadastro (contrato e adesões) deverá ser entregue ao Odontovida com 15 dias de antecedência: **Contrato Social ou Última Alteração Contratual; CNPJ impresso; cópia Xerox da Carteira de Identidade e do CPF de quem assina pela empresa.**

4.7 – Carências: Não haverá carências.

4.8 – Declaração de Recebimento e Posse:

Declaro que, antes da assinatura desse Instrumento, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro, ainda, ter sido devidamente informado de que o Guia de Leitura Contratual – GLC será enviado ao Beneficiário Titular junto com o cartão individual de identificação. Declaro, que recebi a íntegra do contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde, que foi totalmente lido e entendido por mim, sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo assinatura no presente.

Responsável Contratante:


André Borges de Souza
DIRETOR-PRESIDENTE
CESAMA

Belo Horizonte, 01 de MAIO

de 2016.

Observações: Não há observações.