

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO DA UNIODONTO
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – COOPERATIVA ODONTOLÓGICA**

Registro de Operadora ANS nº	30325-9
Registro de Produto ANS nº	401.936/99-9
Nome do Plano:	Plano Odontológico 1
Abrangência Geográfica:	Grupo de Municípios
Segmentação:	Odontológica
Tipo de Contratação:	Individual/Familiar (Pessoa Física)
Contraprestação Pecuniária (Mensalidade):	Sistema de Pré-Pagamento

UNIODONTO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO COOPERATIVA ODONTOLÓGICA, pessoa jurídica de direito privado com sede à Rua Independência, nº 2.651 – Centro – São José do Rio Preto – SP – CEP: 15010-110, inscrita no CNPJ/MF sob nº 53.206.108/0001-00, Inscrição Municipal nº 63.9590, aqui denominada CONTRATADA, contrata como beneficiário identificado na PROPOSTA DE ADESÃO, parte integrante deste contrato, que denominado CONTRATANTE, a prestação dos serviços odontológicos conforme cláusulas e condições enumeradas no presente contrato que se encontra registrado no Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São José do Rio Preto-SP em 17.11.2014 sob no. 602284.

I - ATRIBUTOS DO CONTRATO

1. O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98, pelo sistema de pré-pagamento, ou seja, de custo financeiro pré-determinado (contraprestação), para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.
2. Este instrumento tem as características de contrato bilateral de adesão, gerando direitos e obrigações para ambas às partes, na forma dos artigos 458 a 461 do Código Civil, estando sujeito também às disposições do art. 54 da Lei 8.078/90 (CDC).
21. Também tem característica de contrato aleatório, assim, a prestação da assistência objeto deste contrato pode vir ou não a acontecer (acontecimentos incertos), mas o CONTRATANTE mantém, de qualquer forma, suas obrigações, inclusive de pagamento integral da contraprestação.

II - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

1. Para efeito deste contrato, o CONTRATANTE é o beneficiário titular.
2. Podem ser inscritos como beneficiários dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos:
 - a) o cônjuge;
 - b) o convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - c) os filhos até 21 anos;
 - d) os enteados, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- 2.1. O plano firmado para os dependentes não poderá ser diferente daquele em que o CONTRATANTE estiver inscrito.
3. A inclusão do CONTRATANTE e dos respectivos dependentes será processada por meio da Proposta de Adesão que integra este contrato para todos os fins de direito.
 - 3.1. O pedido de inclusão de dependentes pelo CONTRATANTE constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados na cláusula anterior, podendo a UNIODONTO solicitar documento hábil que permita a comprovação.
 - 3.2. Far-se-á a prova da convivência mediante a apresentação de “Termo de Convivência” devidamente firmado pelos conviventes.
4. Poderão ser incluídos os dependentes no momento da celebração do presente contrato.

4.1. Ou a qualquer tempo desde que obedeça as normas legais:

- a) do nascimento, da adoção, da decisão judicial que fixar a guarda ou conceder a tutela;
- b) do casamento;
- c) do início da união estável.

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

6. Cabe a Uniodonto utilizar seus dados (dados do paciente ou dos contratantes) para aprovações junto aos seus cooperados e/ou através de intercâmbio, além de poder compartilhá-los para o benefício e evolução do tratamento solicitado, ainda para o oferecimento de promoções e campanhas da Uniodonto, podendo oferecê-los a terceiros, desde que para o benefício dos contratantes.

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

1. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos conforme rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

DIAGNOSTICO

- Consulta Odontológica Inicial: Exame clínico e plano de tratamento

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Horário Normal, Noturna, Sábado, Domingo, Feriado

- Avaliação Técnica: Auditoria inicial ou final
- Colagem de fragmentos dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Imobilização dentária
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso - Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Recimentação de peça/trabalho protético
- Redução de Luxação da ATM
- Reimplante de dente avulsionado com contenção
- Sutura de ferida buco-maxilo-facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

RADIOLOGIA

- Levantamento Periapical (a partir de 9 RX)
- Radiografia Interproximal (Bite Wing) Série Completa (4 RX)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (para fins cirúrgicos)
- Radiografia Periapical

TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO

- Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico
- Teste de Risco de Cárie, Ph, Capacidade de Tampão.
- Teste Ph da Saliva

PREVENÇÃO / ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL/ ATIVIDADE EDUCATIVA

- Controle de Placa Bacteriana (evidenciação)+ atividade educativa em saúde bucal
- Fluoroterapia/Aplicação Tópica de Flúor + profilaxia + atividade educativa em saúde bucal
- Profilaxia: Polimento Coronário - Boca Toda + atividade educativa em saúde bucal

ODONTOPEDIATRIA

- Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro
- Adequação do Meio Bucal c/ IRM

- Aplicação de Cariostático
- Aplicação de Selante + atividade educativa em saúde bucal
- Aplicação de Selante-Técnica invasiva + atividade educativa em saúde bucal
- Condicionamento em Odontopediatria (por sessão)
- Exodontia simples de Decíduos
- Pulpotomia
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato.
- Remineralização + atividade educativa em saúde bucal
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração Preventiva, aplicação de selante, e restauração em ionômero de vidro
- Tratamento Endodôntico em Decíduos

DENTÍSTICA

- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração de Dente Anterior de Ângulo (dois ângulos) e/ou mais Preparos (4 faces ou mais)
- Restauração de Dente Posterior c/4 ou mais faces Comprometidas com ou sem pino intradentinário
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Anteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Posteriores) / superfície radicular
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Anteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Posteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável - 3 faces (Dentes Posteriores)
- Restauração Resina Fotopolimerizável Dente Anterior/Fratura 1 Ângulo (4 faces ou mais)
- Rest. Resina Fotopolimerizável Dente Posterior/Fratura.
- Restauração a Pino Intradentinário
- Restauração de 01 face (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável) superfície radicular
- Restauração 02 faces (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)
- Restauração 03 faces (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)
- Restauração 04 faces ou mais (Amálgama/Resina Composta/Resina Fotopolimerizável)

ENDODONTIA

- Remoção de Núcleo Intrarradicular / corpo estranho intracanal (por elemento)
- Retratamento Endodôntico - Incisivos / Caninos + remoção de obturação radicular
- Retratamento Endodôntico Molares + remoção de obturação radicular
- Retratamento Endodôntico Pré-Molares + remoção de obturação radicular
- Tratamento de Dentes c/ Rizogênese Incompleta
- Tratamento de Perfuração (radicular / câmara pulpar)
- Tratamento Endodôntico Incisivo / Canino
- Tratamento Endodôntico Molar
- Tratamento Endodôntico Pré-Molar
- Tunelização

PERIODONTIA

- Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo
- Amputação Radicular Com Obturação Retrógada (Por Raiz)
- Amputação Radicular Sem Obturação Retrógada (Por Raiz)
- Cirurgia Retalho
- Cunha Proximal
- Curetagem de Bolsa Periodontal
- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Imobilização Dentária c/ Resina Fotopolimerizável
- Odonto-Secção com ou sem Amputação radicular

- Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário e Radicular Supra e Subgingival + atividade educativa em saúde bucal + controle de placa bacteriana + Periograma.
- Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário Supra gengival + atividade educativa em saúde bucal + controle de placa bacteriana.
- Tunelização

PRÓTESE

- Coroa Provisória
- Núcleo de Preenchimento (Ionômero de Vidro/Amalgama/Resina) com finalidade Protética ou Núcleo - Pré Fabricado
- Núcleo Metálico Fundido
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária Inclui a Peça Protética (dente anterior)
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária Inclui a Peça Protética (dente posterior)
- Remoção de peças / trabalho protético
- Restauração Metálica Fundida

CIRURGIA

- Alveoloplastia / Alveolotomia
- Apicetomia Caninos ou Incisivos
- Apicetomia Caninos ou Incisivos - Com obturação retrógrada
- Apicetomia Molares
- Apicetomia Molares – Com obturação retrógrada
- Apicetomia Pré-Molares
- Apicetomia Pré-Molares - Com obturação retrógrada
- Aprofundamento / aumento de vestíbulo
- Aumento Coroa Clínica
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula / Maxila
- Bridectomia / Bridotomia
- Cirurgia Odontoma e Osteoma / Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem reconstrução
- Cirurgia Para Torus / Exostose – Bilateral
- Cirurgia Para Torus / Exostose - Unilateral
- Cirurgia Para Torus Palatino
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exérese ou Excisão de calculo salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia raiz residual
- Exodontia Simples de permanente
- Exodontia Simples de Supranumerário
- Fraturas Alvéolo-Dentário - Redução cruenta
- Fraturas Alvéolo-Dentário - Redução Incruenta
- Frenotomia / Frenectomia - Labial
- Frenotomia / Frenectomia - Lingual
- Punção aspirativa com agulha /coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) + hemiseção
- Remoção de Dentes Retidos (Semi Inclusos) + hemiseção
- Remoção de Dentes Supranumerários (Inclusos ou Impactados) + hemiseção
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais

- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos /Cartilagosos Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Ulectomia
- Ulotomia
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado

2. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e disposto na Proposta de Adesão.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4. Não estão cobertos pelo plano:

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

V - DURAÇÃO DO CONTRATO

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

2. Enquanto não houver pagamentos iniciais ao referido contrato este será considerado sem efeito.

3. O contrato será renovado automaticamente, por prazos sucessivos de 12 (doze) meses, ao término do primeiro período de vigência, iniciando-se nova vigência sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, por períodos iguais ao anterior ou até que seja solicitado sua rescisão contratual.

VI - PERÍODOS DE CARÊNCIA

1. Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência:

Procedimentos de	Prazo
Diagnóstico	30 dias
Radiologia	30 dias
Prevenção em Saúde Bucal	30 dias
Dentística	30 dias
Periodontia	30 dias
Endodontia	60 dias
Cirurgia	60 dias
Outros	90 dias
Urgência/Emergência	24 horas

1.1. O prazo de carência, pactuado nesta cláusula pelas partes, não será nunca superior a 180 (cento e oitenta) dias, exceto urgência/emergência que não excederá à 24 (vinte e quatro) horas.

2. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão, da inclusão do beneficiário, se posterior à celebração do contrato, ou do pagamento da primeira mensalidade respectiva, o que ocorrer primeiro.

VII - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

1. Não há cobertura parcial temporária ou agravamento na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação, ou conforme acordado anteriormente a sua contratação.

VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

1.1. Os procedimentos de urgência/emergência são os seguintes:

- curativo em caso de hemorragia bucal
- curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose
- imobilização dentária temporária
- recimentação de peça protética
- tratamento de alveolite
- colagem de fragmentos
- incisão e drenagem de abscesso extra oral
- incisão e drenagem de abscesso intra-oral
- replante de dente avulsionado

1.2. Nos termos desta cláusula, serão reembolsáveis as despesas odontológicas de urgência/emergência até o limite dos valores previstos na proposta de adesão.

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

- a) requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o

reembolso;

- b) guia de tratamento datada e assinada pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
- c) recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.

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

IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

1. O atendimento será realizado exclusivamente pela rede cooperada de cirurgiões-dentistas da UNIODONTO, não conferindo o plano direto a qualquer hipótese de reembolso de despesas odontológicas em razão da livre escolha, pelo BENEFICIÁRIO, de cirurgiões-dentistas não integrantes da rede, salvo as decorrentes de procedimentos de urgência/emergência nas condições previstas neste contrato (vide item Urgência/Emergência).

X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

PROCEDIMENTOS

1. Para o atendimento dos procedimentos cobertos, o BENEFICIÁRIO, verificando previamente o *Manual do Beneficiário* vigente ou através da *Internet* no endereço:

www.uniodontoriopreto.com.br, escolherá livremente o cirurgião-dentista integrante da rede UNIODONTO que atue na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

1.1. Não havendo em algum município atendimento de especialidade odontológica coberta pelo plano, o beneficiário deverá buscá-lo através de cirurgião-dentista integrante da rede Uniodonto em outra localidade dentro da área de cobertura geográfica.

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

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

4. A UNIODONTO, quando da apresentação do orçamento e/ou no término do tratamento, poderá realizar auditoria odontológica, submetendo o beneficiário a exame, como instrumento de controle técnico e operacional dos tratamentos, visando garantir a qualidade, a necessidade e a indicação clínica dos procedimentos odontológicos.

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

DA DIVERGÊNCIA TÉCNICA

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

DA DIVULGAÇÃO DA REDE

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

6.1. Idênticas informações atualizadas podem ser obtidas através da *Internet* no endereço

XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

1. O valor da contraprestação, estabelecido previamente, é exigido em pré-pagamento, ou seja, a UNIODONTO receberá o pagamento antes de iniciado ou completado o período em que os serviços são colocados à disposição dos beneficiários.
2. O CONTRATANTE por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, obriga-se a pagar à UNIODONTO, para cada beneficiário, a inscrição e a mensalidade nos valores descritos na proposta de adesão.
3. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à UNIODONTO, não tendo o cooperado ou qualquer outro prestador autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da UNIODONTO.
4. Os pagamentos obedecem às seguintes regras:
 - a) da inscrição, uma única vez, no momento da contratação ou da inclusão de beneficiários;
 - b) da mensalidade, a cada período de 30 (trinta) dias, na data de vencimento ajustada, relativa ao número de beneficiários inscritos no plano.
5. As cobranças emitidas pela UNIODONTO serão baseadas no número de beneficiários no momento de sua emissão.
6. Os valores contratados serão pagos até seus respectivos vencimentos na sede da UNIODONTO, em moeda corrente e à vista, podendo ser adotada a cobrança para pagamento na rede bancária.
- 6.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.
- 6.2. Se o CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação, até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente na sede da UNIODONTO para que não se sujeite às conseqüências da mora.
7. Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores contratados, serão cobrados juros de mora de 0,033% (trinta e três centésimos por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGP-M da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que vier a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, e ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos, honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.
8. O inadimplemento dos valores contratados poderá acarretar a inscrição do CONTRATANTE, seu representante ou assistente, quando for o caso, em cadastro de restrição ao crédito e outras medidas cabíveis.

XII - REAJUSTE

1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pelo Índice disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou pelo índice que venha a substituí-lo.
- 1.1. Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a doze meses, a mesma terá aplicação imediata sobre este contrato.
2. Fica estabelecido que os valores das contraprestações relativos à posterior inclusão de beneficiários terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se como data base única, independente da data de inclusão do beneficiário.

COMUNICAÇÃO À ANS

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

XIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

1. O beneficiário dependente será excluído do plano odontológico nos casos de:
 - a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
 - b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
 - c) a pedido do beneficiário titular.
2. A extinção do vínculo do beneficiário titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos depen-

dentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

2.1. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade.

3. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa para o beneficiário excluído:

a) na data da comunicação escrita, quando a pedido do CONTRATANTE.

b) no último dia do prazo de 30 (trinta) dias da notificação da UNIODONTO ao CONTRATANTE apontando a perda da condição de dependente do excluído.

4. Tratando-se de contratação familiar, se a exclusão do dependente ocorrer antes de completados 12 meses de sua inclusão, o CONTRATANTE pagará multa de 20% (vinte por cento) do valor das prestações que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

XIV - RESCISÃO/SUSPENSÃO E DO CANCELAMENTO DO CONTRATO

DENÚNCIA

1. É facultado ao CONTRATANTE denunciar o presente contrato, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das prestações que seriam devidas até o término vigência.

1.1. Durante o prazo da denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários e autorização de tratamentos.

2. A responsabilidade da UNIODONTO sobre os atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo de 30 (trinta) dias da denúncia, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

RESCISÃO

2. Será considerado rescindido este contrato:

a) se houver atraso no pagamento da contraprestação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que o CONTRATANTE tenha sido notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da UNIODONTO requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas conseqüências moratórias.

b) ocorrendo fraude comprovada.

2.1. Sendo permitida legalmente a redução do período de inadimplência (60 dias), para efeito de rescisão ou suspensão, este contrato se adaptará às novas condições vigentes.

CANCELAMENTO

3. O cancelamento deste contrato poderá ser solicitado pelo CONTRATANTE das seguintes formas:

a) de forma presencial, na sede da UNIODONTO, em um dos seus escritórios regionais, se existentes ou ainda no local previamente por ela indicado;

b) por meio de contato telefônico disponibilizado pela UNIODONTO;

c) diretamente no site da UNIODONTO, em opção disponibilizada dentro de sua mídia oficial.

3.1 A UNIODONTO fornecerá ao CONTRATANTE comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do contrato.

3.2. As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega do respectivo comprovante.

3.3. Os requerimentos realizados por meio de contato telefônico serão comprovados pelo fornecimento do respectivo protocolo de atendimento ao beneficiário.

3.4. No caso da solicitação de cancelamento prevista na alínea “c” deste item a mesma será comprovada pela emissão de resposta automática e de protocolo ao CONTRATANTE. Ainda nesta modalidade a UNIODONTO disponibilizará acesso do CONTRATANTE ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Complementar – PINSS, na forma da Lei.

3.5. O pedido de cancelamento não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data da assinatura da

proposta de adesão.

EFEITOS DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

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

4.1. Durante o prazo da denúncia, não será admitida inclusão ou exclusão de beneficiários e autorização de tratamentos.

4.2. A responsabilidade da UNIODONTO pelos atendimentos iniciados durante a vigência do contrato cessa no último dia do prazo assinalado, correndo as despesas a partir daí por conta do CONTRATANTE.

XV - DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS DEFINIÇÕES

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

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

II- ANUIDADE: é a quantia a ser paga anualmente à UNIODONTO, em face das coberturas pré-pagas previstas no contrato; contraprestação.

III – BENEFICIÁRIO: é a pessoa física que usufruirá os serviços ora pactuados, seja na qualidade de titular ou de dependente.

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

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

VI – COBERTURA: é a assistência à saúde contratada que o beneficiário tem direito.

VII- COBERTURA PÓS-PAGA: é a cobertura de procedimentos odontológicos mediante seu pagamento integral pelo CONTRATANTE.

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

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

X – CONTRATANTE: é a pessoa física (qualificada na Proposta de Adesão em anexo) que contrata a prestação de serviços de assistência à saúde odontológica para si e seus dependentes.

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

XII – CONTRATO INDIVIDUAL/FAMILIAR: é um contrato de adesão, cujo CONTRATANTE é uma pessoa física, com ou sem inclusão de seu grupo familiar.

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

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

XV – INSCRIÇÃO: é o ato de incluir um beneficiário no plano.

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

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

XVIII – SISTEMA NACIONAL UNIODONTO: é o conjunto de todas as UNIODONTO's, cooperativas de trabalho odontológico, constantes da relação entregue ao CONTRATANTE, associadas entre si

ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos beneficiários.

XIX – TABELA DE REFERÊNCIA OU REFERENCIAL: é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos valores.

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

DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES

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

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

4. Considera-se fraude para efeito deste contrato:

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

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

5. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação será cobrada do CONTRATANTE no valor descrito na tabela de referência ou na proposta de adesão do contrato.

5.1. A emissão da segunda via do cartão de identificação será cobrada do CONTRATANTE no valor descrito na tabela de referência ou na proposta de adesão ao contrato.

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

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

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

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

9. Em caso de comercialização deste contrato fora do estabelecimento da UNIODONTO, fica garantido ao CONTRATANTE o direito de arrependimento, por escrito, nos 7 (sete) dias seguintes ao da contratação, caso em que serão devolvidos os valores pagos, abatidos de eventual utilização dos procedimentos cobertos nos valores descritos neste contrato e/ou na Tabela de Referência.

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

11. O CONTRATANTE, por si e por seus dependentes, autoriza a UNIODONTO a obter o diagnóstico sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

12. Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), a Declaração de Conhecimento das Diretrizes de Utilização para Procedimentos Cobertos pelo Plano e demais anexos firmados pelas partes.

13. Todo o tratamento realizado através da UNIODONTO em sua rede de cooperados ou credenciados poderá ser refeito desde que seja comprovada a deficiência técnica ou operacional do procedimento. Ou ainda conforme critérios estabelecidos dentro da normalidade odontológica.

14. Este contrato foi elaborado levando-se em consideração a legislação vigente nesta data, assim,

qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

XVI - ELEIÇÃO DE FORO

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



CNPJ: 53.206.108/0001-00

Nº de registro na ANS: 30325-9

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

Tel.: 17 3211-8400

Guia de Leitura Contratual

PLANO ODONTOLÓGICO 1 – INDIVIDUAL / FAMILIAR

		Página do contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	Página 1 (Proposta de Adesão)
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	Página 1 (Proposta de Adesão)
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	Área geográfica de abrangência do plano odontológico: Grupo de municípios: São José do Rio Preto, Mirassol, José Bonifácio, Cedral, Uchoa, Potirendaba, Mirassolândia, Monte Aprazível, Tanabi, Nova Granada, Onda Verde, Bady Bassit. Sendo o atendimento emergencial prestado em qualquer município do território nacional onde haja cirurgião-dentista integrante da rede cooperada das singulares ou federações do Sistema Nacional Uniodonto	Página 2 (Proposta de Adesão)
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Páginas 2 a 5 (Contrato)
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, direito previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Página 5 (Contrato)

CARÊNCIA	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	Páginas 5 e 6 (Contrato)
MECANISMO DE REGULAÇÃO	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda /ou utilização dos serviços de saúde.	Páginas 6 e 7 (Contrato)
VIGÊNCIA	Define o período em que vigorará o contrato.	Página 5 (Contrato)
RESCISÃO/ SUSPENSÃO	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	Páginas 9 e 10 (Contrato)
REAJUSTE	O reajusto por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	Página 12 (Contrato)
CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART.30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculado à co-participação em eventos, habilidade ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.	Não se aplica para contratos individuais.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar a operadora.

Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa nº 195/2009,
da Agência Nacional de Saúde Suplementar



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84 - Glória

CEP 20021-040 - Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: **0800 701 9656**

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

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

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

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

<p>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</p>	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira; (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
<p>REAJUSTE</p>		<p>Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº63/2003.</p>
<p>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</p>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
<p>VIGÊNCIA</p>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
<p>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</p>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

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

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei nº 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência.

O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

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

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

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

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

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária.

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

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

Abrangência geográfica

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

Área de atuação

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

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

Administradora de Benefícios

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

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

***Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde,
o beneficiário deve contatar a operadora.***

Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site

www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

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



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84 - Glória

CEP 20021-040 - Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: **0800 701 9656**

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO
DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO APLICÁVEIS
A PLANOS COM COBERTURA “EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA”
ANEXO I – RN 338**

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

1. Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO

1. Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

APLICAÇÃO DE SELANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- b. procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

BIÓPSIA DE BOCA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

BIÓPSIA DE LÁBIO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

BIÓPSIA DE LÍNGUA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)

1. Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCO-SINUSAIS

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
- b. tratamento temporário em dentes permanentes.

TUNELIZAÇÃO

1. Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.

Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE declara que leu e compreendeu as diretrizes de utilização acima descritas, inclusive as que restringem a cobertura do plano.

São José do Rio Preto