

**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**, descrita na proposta de Adesão vinculada a este contrato.

E, de outro como **CONTRATADA** Razão Social: **PREMIUM SAÚDE EIRELI**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 12.682.451/0001-35, Registro na ANS nº 41.782-3, com sede na Rua Ministro Orozimbo Nonato, nº 102, Sala 2407 B, Edifício B, Pavimento 24, Vila da Serra, Nova Lima / MG, CEP 34.006-053, têm entre si, justos e Contratados, conforme características gerais a seguir transcritas e cláusulas e condições deste instrumento.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

Nome Comercial: Premium Odonto Empresarial
Nº de Registro do Plano na ANS: 473.375/15-4
Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
Segmentação Assistencial do Plano de Saúde: Odontológico
Fator Moderador: Coparticipação
Formação do Preço: Preestabelecido
Serviços e Coberturas Adicionais: Não possui.
Vínculo: Ativo separado do Inativo.
Duração do Contrato: 12 meses.
Data inicial de vigência: Conforme Proposta de Adesão.

Períodos de Carência:

Cobertura	Carência registrada na ANS:
Urgência e Emergência;	24(vinte e quatro) horas
Consultas, Radiografias e Procedimentos Preventivos;	30 (trinta) dias
Procedimentos de Periodontia;	90 (noventa) dias
Procedimentos de Dentística;	120 (cento e vinte) dias
Procedimentos de Endodontia e Cirurgias;	180 (cento e oitenta) dias
Procedimentos de Prótese Dental e demais casos;	180 (cento e oitenta) dias

Formação do Preço e Mensalidade:

Valor da mensalidade: Conforme Proposta de Adesão.

Data de Vencimento da Mensalidade: Conforme Proposta de Adesão.

Valor da Taxa de Implantação: Conforme proposta de Adesão.

Rescisão/Suspensão:

Multa pecuniária pela rescisão do contrato antes do término da vigência mínima: 50% do valor das mensalidades remanescentes para o período mínimo de 12 meses de permanência no plano.

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



Área de Atuação do Plano de Saúde: Belo Horizonte, Betim, Contagem Nova Lima e Ribeirão das Neves.

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 Plano privado de assistência à saúde Coletivo Empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada às **CONTRATANTE** por relação empregatícia ou estatutária, admitindo-se a inclusão do grupo familiar, conforme disposto a seguir.

2.1.1 Podem ser inscritos no plano, como Beneficiários Titulares, as pessoas naturais que comprovem os seguintes vínculos com as **CONTRATANTE**:

- a) Pessoas naturais que mantiverem vínculo empregatício ou estatutário com as **CONTRATANTE**;
- b) Sócios, administradores, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes.

2.1.2 Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes as pessoas naturais com grau de parentesco ou afinidade e dependência econômica em relação ao Beneficiário Titular:

- a) O cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de casamento;
- b) O companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia de declaração lavrada em cartório ou de certidão expedida pela Vara de Família da comarca competente;
- c) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, solteiros e menores de 18 (dezoito) anos incompletos, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da certidão de nascimento ou de adoção, ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante em curso registrado no MEC – Ministério da Educação, mediante comprovação anual ou semestral, conforme validade do documento
- d) O menor que, por determinação judicial, se ache sob a guarda e responsabilidade do Beneficiário Titular ou sob sua tutela, mediante entrega à **CONTRATADA** de cópia da decisão judicial de guarda ou tutela;
- e) Os filhos, adotivos ou não, e enteados, comprovadamente inválidos, mediante entrega à **CONTRATADA** de atestado de invalidez emitido por Órgão Oficial;
- f) Outros previstos nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS** (se houver), respeitados os limites de parentesco estabelecidos na RN nº 195/09 e alterações.



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, pelas **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.

2.3.1 Ocorrendo alterações dos dados acima referidos, deverá a informação ser repassada à **CONTRATADA**, pelas **CONTRATANTE**.

2.4 Caberão as **CONTRATANTE** a exibição dos documentos que comprovem o vínculo do Beneficiário Titular com ela própria e as condições de dependência, no ato de inscrição, sendo de sua responsabilidade a autenticidade das informações.

2.5 O Beneficiário Titular comprovará, perante a **CONTRATADA**, as condições de dependência sempre que solicitado.

2.6 As alterações no quadro de pessoal decorrentes de admissões ou demissões/exonerações e aposentadorias, assim como as desistências das adesões manifestadas, serão comunicadas à **CONTRATADA** pelas **CONTRATANTE**, até a data limite da próxima movimentação cadastral das **CONTRATANTE**.

2.7 A movimentação cadastral de Beneficiários relativa às inclusões informadas pelas **CONTRATANTE** será processada no dia estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, sendo que a movimentação cadastral relativa às exclusões será realizada no dia estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

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

2.9 As **CONTRATANTE** deverão 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.

2.10 O número mínimo de Beneficiários para manutenção deste contrato será o número estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

2.10.1 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 estabelecido nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**, observar-se-á o disposto na Cláusula de Rescisão deste instrumento.

2.11 É assegurada a inclusão do filho adotivo, menor de doze anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário adotante, desde que solicitada num prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção.

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



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

2.13 O Beneficiário Titular é responsável pela constante atualização dos dados cadastrais informados, em relação a si e aos seus Dependentes, inclusive com o envio de documentos quando se fizer necessário, 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 Ph da Saliva.

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 de 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 temporária ou permanente;
- iv. Gengivectomia/gengivoplastia;
- v. Aumento de coroa clínica;
- vi. Cunha proximal;
- vii. Cirurgia periodontal a retalho;
- viii. Tratamento de abscesso periodontal.

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 mucocele, 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/cartilagosos 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. 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. Enxerto Gengival Livre;
- xxviii. Enxerto Pediculado;
- xxix. 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 temporomandibular);
- 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, biomateriais e gengivais;
- 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;
- 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 e 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 demissional.

CLÁUSULA QUINTA – DURAÇÃO DO CONTRATO

5.1 O presente Contrato vigorará pelo prazo mínimo estabelecido 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 60 (sessenta) 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 durante o qual o Beneficiário não terá direito às coberturas **CONTRATADA**. 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 às **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:

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



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), 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 – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

8.1 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.

8.2 É obrigação do Beneficiário Titular, na hipótese de rescisão, resolução ou rescisão deste Contrato, ou ainda, de exclusão, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela **CONTRATADA**, respondendo, diante da comprovação da ilicitude, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, restando isenta, neste caso, de qualquer responsabilidade, a **CONTRATADA**, a partir da exclusão do Beneficiário, rescisão, resolução ou rescisão do presente instrumento. Nos casos **em que os cartões não foram devolvidos, na forma acima, deverá o Beneficiário Titular assinar Termo próprio se responsabilizando por eventual má utilização dos serviços.**

8.2.1 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.

8.2.2 O uso indevido do cartão de identificação, de qualquer Beneficiário, a critério da **CONTRATADA**, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do respectivo titular, e suas consequências.



8.3 Ocorrendo o roubo, o furto, a perda ou o extravio do Cartão Individual de Identificação, o Beneficiário Titular 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.

8.4 As segundas vias do Cartão de Identificação serão cobradas, pela CONTRATADA, conforme valor de Taxa de Implantação vigente à época.

8.5 Respeitados o disposto na regulamentação do setor de saúde suplementar e nos códigos de ética profissionais, a CONTRATADA adotará mecanismos de regularização e sistemática de gerenciamento dos procedimentos cobertos pelo presente Contrato, nos termos disciplinados nesta Cláusula.

8.6 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, ambulatórios dentários, consultórios e respectivos profissionais da área e de atendimento de urgência e emergência, constantes do Guia Odontológico.

8.7 O Guia Odontológico estará disponível, para consulta e cópia, nas dependências da CONTRATADA, bem como no seu portal na Internet, que será atualizado periodicamente, observando-se a legislação vigente.

8.8 Para que haja cobertura das despesas de atendimento aos Beneficiários deste Contrato, estes, quando utilizarem os serviços, deverão ser atendidos por profissionais credenciados pela CONTRATADA, exceto nos casos de urgência e emergência, quando será admitido o reembolso na forma prevista neste instrumento.

8.9 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.

8.10 A utilização dos procedimentos cobertos neste Contrato, com exceção feita ao atendimento de urgência e emergência, bem como às consultas e aos exames simples (procedimentos de radiologia), está sujeita a autorização prévia conforme descrito abaixo:

- 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) A aprovação do procedimento dar-se-á por meio de comprovação radiográfica do tratamento proposto e executado;
- c) Ao Beneficiário é garantida a avaliação do atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contados da data da solicitação.

8.11 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 cirurgião-dentista da CONTRATADA e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, nos termos estabelecidos na Resolução Consu 8/98, art. 4.º, inciso V.



8.12 A CONTRATADA prestará ao Beneficiário todas as informações e orientação sobre os procedimentos cobertos através de auditores clínicos, em sua sede administrativa.

8.13 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.

8.14 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 profissionais legalmente habilitados não credenciados. **Nesse caso, deve o Beneficiário dirigir-se à sede da CONTRATADA para transcrição do pedido para a guia padronizada, denominada TISS, e indicação do profissional credenciado a realizar os procedimentos solicitados.**

CLÁUSULA NONA – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

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

9.2 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, cujo valor, nesta data, corresponde ao valor determinado nas **CARACTERÍSTICAS GERAIS**.

9.3 Para cobrança do valor de mensalidade a **CONTRATADA** enviará, as **CONTRATANTE**, fatura única de cobrança, que deverá ser quitada até o dia do mês, conforme 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 aos serviços contratados.

9.4 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**.

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

9.6 A **CONTRATADA** poderá adotar modalidade diversa de cobrança, conforme melhor lhe aprouver, mediante acordo entre as partes.

9.7 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, com o vencimento no mesmo dia para a quitação das faturas, conforme previsto nesta Cláusula, contendo os valores de sua responsabilidade.



9.8 Se as 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.

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

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

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

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

9.13 No ato da assinatura deste Contrato, as CONTRATANTE pagarão à CONTRATADA uma taxa de implantação, no valor estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS por beneficiário inscrito. A taxa de implantação também será cobrada das novas adesões.

9.14 Ocorrendo impontualidade no pagamento dos valores de responsabilidade das 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.

9.14.1 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.

9.15 Do pagamento do Beneficiário

9.15.1 Salvo quanto aos Beneficiários aposentados e demitidos, as CONTRATANTE é responsável pelo pagamento diretamente à CONTRATADA, o que não exime o Beneficiário de arcar com as parcelas de sua responsabilidade perante as CONTRATANTE.

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

9.15.3 As CONTRATANTE e o Beneficiário deverão acordar a data de pagamento de suas contribuições, sendo que o atraso no pagamento ensejará o direito da CONTRATANTE solicitarem à CONTRATADA a suspensão de cobertura e/ou exclusão do Beneficiário inadimplente e dos dependentes a ele vinculado.

9.15.4 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.



9.15.5 Após a quitação do débito do Beneficiário excluído por inadimplência, poderão as CONTRATANTE solicitarem a sua reinclusão. Caso a nova admissão ocorra em prazo superior a 30(trinta) dias de sua exclusão, deverá cumprir novos prazos de carência, nos termos estabelecidos neste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – REAJUSTE

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

10.2 Caso nova legislação venha a autorizar o reajustamento em período inferior a 12 (doze) meses, essa legislação terá aplicação imediata sobre este Contrato, quando de sua entrada em vigor.

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

$$\text{Reajuste} = (1 + \text{Máximo}(0; \text{RT})) \times (1 + \text{RF}) - 1$$

Onde:

RF (Reajuste Financeiro): corresponderá à variação positiva do índice estabelecido nas CARACTERÍSTICAS GERAIS, acumulada nos últimos 12 (doze) meses, e com retroatividade de 02 (dois) meses 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:

$$\text{RT} = \text{S}/\text{Sm} - 1$$

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 50%

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

10.5 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.

10.6 A aplicação dos reajustes será comunicada à ANS.

10.7 O valor relativo à taxa de implantação será reajustado pelo índice obtido para reajuste das mensalidades.



10.8 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 PRIMEIRA – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

11.1 DO DEDITADO

11.1.1 As **CONTRATANTE** asseguram ao Beneficiário Titular que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário, no caso de rescisão ou exoneração do Contrato de trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de Beneficiário – e dos Beneficiários Dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 30 da lei nº 9.656/1998).**

11.1.1.1 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.

11.1.1.2 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.

11.2 DO APOSENTADO

11.2.1 As **CONTRATANTE** asseguram 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 - e dos Beneficiários Dependentes a ele vinculados – nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do Contrato de trabalho, **desde que assuma junto à CONTRATADA o pagamento integral das contraprestações pecuniárias (artigo 31 da lei 9.656/1998).**

11.2.1.1 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.

11.2.1.2 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.

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

11.2.1.4 Em caso de óbito do empregado aposentado, que continuou trabalhando na **CONTRATANTE**, antes do exercício do direito previsto nesta Cláusula, é garantida a permanência no plano dos dependentes



inscritos, pelo prazo a que teria direito o empregado aposentado, **desde que assumam as responsabilidades financeiras.**

11.3 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

11.3.1 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**.

11.3.2 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.**

11.3.3 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.

11.3.3.1 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.

11.3.4 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.**

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

11.3.6 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.**

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

- 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.**

11.3.7 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.**

11.3.7.1 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.



11.3.8 O titular que não participar financeiramente do 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.

11.3.8.1 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 SEGUNDA – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

- a) perda da qualidade de Titular, ressalvado o direito de manutenção no plano previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998;**
- b) perda da qualidade de Dependente, no caso de o 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;**
- c) inadimplência do Beneficiário, ressalvados os casos de demitidos e aposentados, quando a exclusão por inadimplência caberá à CONTRATADA.**

12.1.1 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.**

12.1.2 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).

12.1.3 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de excluir um beneficiário que esteja inscrito no plano a menos de 12 (doze) meses, fica obrigada ao pagamento, a título de multa pecuniária, do valor correspondente às mensalidades restantes que seriam devidas até se completar 12 (doze) meses de adesão do beneficiário ao plano. Essa multa não será aplicada caso a exclusão do beneficiário se de em virtude de perda do vínculo do beneficiário em relação às CONTRATANTE.



12.1.4 Caso a CONTRATANTE manifeste intenção de excluir um usuário que tenha realizado algum procedimento utilizando-se dos serviços objeto do presente instrumento, somente será acatada após o decurso de 12 (doze) meses contados da data da utilização, ou mediante pagamento do valor da diferença entre o valor contribuído pelo usuário e o valor da despesa assistencial. Esta multa não será aplicada caso a exclusão do beneficiário se dê em virtude de perda do vínculo do beneficiário em relação à CONTRATANTE.

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

- a) em caso de fraude ao Plano ou dolo, sendo que, em caso de fraude relacionada à doença ou lesão preexistente 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 de o 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.

12.3 O Beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado, mantido no Plano na forma e prazo previstos neste Contrato, poderá ser suspenso ou excluído do Plano, em caso de inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, após notificação prévia ao Beneficiário Titular, que se dará até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, sem prejuízo do direito de se requerer judicialmente a quitação do débito com suas consequências moratórias.

12.4 Após o 60º (sexagésimo) dia de inadimplência, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, a CONTRATADA poderá notificar o Beneficiário mantido no Plano, a qualquer tempo, desde que obedeça a um intervalo de 10 (dez) dias entre a data da notificação e a data da rescisão.

12.5 A exclusão do Beneficiário Titular implicará na automática exclusão de todos os seus Dependentes, exceto nos casos expressamente previstos neste Instrumento.

12.6 O cancelamento da inscrição, nos termos tratados neste Contrato, não exige o Beneficiário de quitar eventuais débitos com o PLANO, incluídos os valores de contribuição mensal e de coparticipação.

12.7 O Beneficiário Dependente que for excluído do presente Contrato poderá firmar Contrato em seu próprio nome, em até 30 (trinta) dias, contados da data de exclusão neste instrumento, aproveitando as carências já cumpridas, exceto na hipótese de exclusão do dependente por inadimplência ou fraude comprovada, quando deverá quitar os débitos existentes e cumprir novos períodos de carência. Essa faculdade somente será admitida quando a CONTRATADA possuir planos Individuais/Familiares ativos para comercialização vigente na época da solicitação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – RESCISÃO/SUSPENSÃO

13.1 Sem prejuízo das penalidades previstas em lei, além das infrações especificamente previstas nesta avença, o presente Contrato poderá ser rescindido, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656/1998, sem que caiba direito a qualquer indenização à CONTRATANTE, a qualquer tempo, nas hipóteses seguintes:



- a) Inadimplência das CONTRATANTE, por período superior a 30 (trinta) dias, independente de notificação, sem prejuízo do direito da CONTRATADA de requerer judicialmente a quitação do débito, com suas consequências moratórias;
- b) Fraude comprovada e/ou dolo das CONTRATANTE.
- c) Descumprimento das CONTRATANTE às cláusulas e condições deste Contrato.
- d) Falência, insolvência civil ou qualquer outra forma de liquidação judicial ou extrajudicial das 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.

13.2 Na hipótese de redução 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. Caberão as CONTRATANTE pagarem o equivalente ao valor da mensalidade per capita, multiplicada pelo número de Beneficiários faltantes.

13.3 Independente do direito de rescindir o Contrato após 30 (trinta) dias de inadimplência, a CONTRATADA poderá ainda suspender os atendimentos após 05 (cinco) dias sucessivos de falta de pagamento.

13.4 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 90 (noventa) dias. Caso nenhuma das partes o faça, o presente instrumento é renovado pelo período mínimo igual e sucessivo ao estabelecido nas características gerais.

13.5 Caso as CONTRATANTE manifestem 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 estabelecido 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.

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

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

13.8 A CONTRATADA reserva-se ao direito de cobrar das CONTRATANTE, pelos meios legais cabíveis, eventuais despesas decorrentes de atendimento prestado ao Beneficiário Titular e a seus Dependentes, após a rescisão do Contrato, restando-se cessadas as responsabilidades da CONTRATADA.

13.9 É responsabilidade das CONTRATANTE comunicarem, com antecedência, aos beneficiários inscritos no plano a rescisão deste contrato.

13.10 Nos termos da Resolução nº 19/1999, do Consu, no caso de cancelamento do benefício assegurado neste contrato pelas 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 QUARTA – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

- a) **ACIDENTE PESSOAL:** evento ocorrido em data específica, provocado por agentes externos ao corpo humano, súbitos e involuntários e causadores de lesões físicas não decorrentes de problemas de saúde, e que, independentemente de qualquer outra causa, torne necessário o tratamento, como, por exemplo, acidentes de carro, quedas e inalação de gases;
- b) **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;
- c) **ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA E ATUAÇÃO DO PLANO:** área definida em Contrato dentro da qual o Beneficiário poderá utilizar os serviços contratados;
- d) **CARÊNCIA:** prazo ininterrupto, contado a partir data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, durante o qual os Beneficiários não têm direito às coberturas **CONTRATADA**;
- e) **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão;
- f) **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;
- g) **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;
- h) **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;

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

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

14.4 Os casos omissos no presente instrumento contratual serão resolvidos de comum acordo entre os CONTRATANTE.



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

14.6 O Beneficiário Titular, por si e por seus Dependentes, autoriza a CONTRATADA a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde.

14.7 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.

14.8 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.

14.9 Faz parte do Contrato quaisquer documentos que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: Condições Gerais, Tabela de Reembolso, Guia Odontológico e o Guia de Leitura Contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – ELEIÇÃO DE FORO

15.1 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 dos **CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre o presente Contrato.**

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.

Premium Saúde Eireli

