



DelfhiOdonto

PLANOS ODONTOLÓGICOS

EMPRESARIAL

ESSENCIAL PLUS



Cláusula	Assunto	Página
01 ▶	QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADADA	02
02 ▶	NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS	02
03 ▶	ATRIBUTOS DO CONTRATO	03
04 ▶	CONDIÇÕES DE ADMISSÃO	03
05 ▶	COBERTURA	04
06 ▶	EXCLUSÕES DE COBERTURA	05
07 ▶	VIGÊNCIA	07
08 ▶	PERIODOS DE CARÊNCIA	07
09 ▶	DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTE	07
10 ▶	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	08
11 ▶	ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	09
12 ▶	MECANISMOS DE REGULAÇÃO	09
13 ▶	FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE	10
14 ▶	REAJUSTE	11
15 ▶	FAIXAS ETÁRIAS	12
16 ▶	REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS	12
17 ▶	CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO	15
18 ▶	RESCISÃO/SUSPENSÃO	16
19 ▶	DIPOSIÇÕES GERAIS	17
20 ▶	ELEIÇÃO DO FORO	20



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICO
COLETIVO EMPRESARIAL**

Segmentação Assistencial Odontológica

CLÁUSULA I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

1.1 Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado **DELFI PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº **27.832.058/0001-58**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. **42108-1** e classificada nesta como **ODONTOLOGIA DE GRUPO**, com sede à **AV. PRUDENTE DE MORAIS, 624 – PETRÓPOLIS - NATAL/RN CEP: 59.020-510**, Rio Grande do Norte, neste ato representada na forma do seu contrato social e doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**.

CLÁUSULA II - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANS

3.1. Nome Comercial **ESSENCIAL PLUS**
Nº de Registro do plano na ANS: **479565172**

3.2. Tipo de Contratação: **Coletiva Empresarial**.

3.3. Segmentação Assistencial do plano de saúde: **Este plano possui a segmentação Odontológica**.

3.4. Área Geográfica de Abrangência do plano de saúde: **Grupo de Municípios**.

3.5. Área de Atuação do plano de saúde A área de atuação deste plano de saúde compreende os municípios: **Natal/RN, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, São José de Mipibu, Ceará-Mirim, Parnamirim e Extremoz**.

3.6. Formação do Preço: **Os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada são pré-estabelecidos**.



CLÁUSULA III - ATRIBUTOS DO CONTRATO

4.1. Este Contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica, sendo que a cobertura contratual compreende todos os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação Odontológica e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), no que se refere à saúde bucal.

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

CLÁUSULA IV - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

5.1. O presente contrato se caracteriza pela contratação COLETIVA EMPRESARIAL, sendo aquele que se destina a pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária.

5.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas abaixo listadas:

- a) que possuem relação empregatícia ou estatutária para com a pessoa jurídica contratante;
- b) os sócios da pessoa jurídica contratante;
- c) os administradores da pessoa jurídica contratante;
- d) os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- e) os agentes políticos;
- f) os trabalhadores temporários;



g) os estagiários e menores aprendizes;

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

a) O cônjuge;

b) O companheiro, havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge salvo por decisão judicial.

e) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;

d) Os tutelados e os menores sob guarda;

e) O grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade;

5.4. Os BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES estão vinculados ao BENEFICIÁRIO TITULAR no que diz respeito a todas as características do plano ora contratado.

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

5.6. Fica assegurada a inclusão do filho adotivo do beneficiário titular, menor de 12 (doze) anos, com aproveitamento dos períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante.

5.6.1. Por ocasião de novas inclusões de beneficiários, observar-se-ão os valores de comercialização da tabela vigente na data da adesão.

CLAUSULA V - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS

6.1. Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e vigente na época da realização do evento para a segmentação odontológica, para todas as especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, incluindo:

6.2. A cobertura de 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, relacionados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

6.3. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editada pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

CLÁUSULA VI - EXCLUSÕES DE COBERTURA

77.1 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.

77.2. Também não estão incluídos neste contrato, como obrigação da CONTRATADA, os procedimentos relativos a:

- 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;
- e) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;
- d) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos,
- 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;
- 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;
- n)** Quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- 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)** Clareamento dentário.
- cc)** Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;
- dd)** A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de



natureza estética na substituição de restaurações funcionais;

ff) Transporte do paciente;

CLÁUSULA VII - DA VIGÊNCIA:

8.1. O presente Contrato terá o início na data estipulada pelas partes e constante na Proposta de Admissão, parte integrante deste, e duração mínima de 12 (doze) meses consecutivos.

8.2. O Contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.

8.2.1. Não haverá cobrança de taxa ou qualquer outro valor a título de renovação contratual, bem como a recontagem de carências.

CLÁUSULA VIII - PERÍODOS DE CARÊNCIA:

9.1. Para a utilização das coberturas deste Contrato, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir prazos de carência estabelecidos na Proposta de Admissão, que serão contados a partir da data de inclusão do BENEFICIÁRIO no plano respeitado os seguintes prazos máximos:

- a) 24 horas para casos de emergência e urgência;
- b) 180 dias para consultas, exames e demais procedimentos.

9.2. Se o número de participantes no ato da contratação for igual ou maior que 30 (trinta), NÃO serem exigidos o cumprimento de carências, desde que:

- a) a inscrição ocorra em até 30 (trinta) dias da assinatura do presente contrato; e/ou
- b) em até 30 (trinta) dias da vinculação do beneficiário na pessoa jurídica CONTRATANTE.

9.3. Após o transcurso dos prazos previstos acima, os BENEFICIÁRIOS deverão cumprir os períodos de carência integralmente.

9.4. O pagamento antecipado de contraprestações, não elimina ou reduz os prazos de carências.

9.5. Eventuais despesas decorrentes da utilização dos serviços durante o período de carência serão de responsabilidade única e exclusiva do CONTRATANTE.

CLÁUSULA IX - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTE:

10.1. Não haverá alegação de doenças ou lesões pré-existentes.



CLÁUSULA X - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

11.1. Estão cobertos os atendimentos aos casos de urgência e emergência, incluindo os seguintes procedimentos:

- a) Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- b) Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- e) Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- d) Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;;
- e) Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- f) Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- g) Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- h) Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- i) Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização, e
- j) Outros procedimentos que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para a Segmentação Odontológica, editado pela ANS e vigente à época do evento, definir como de urgência/emergência.

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

11.3. Será garantido ao Beneficiário CONTRATANTE o reembolso, no limite das obrigações deste contrato, das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial deste plano.

11.4 O valor do reembolso nas urgências e emergências não pode ser inferior ao da tabela praticada pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo produto, conforme disposto no art. 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98.

11.5. As despesas serão reembolsadas de acordo, com a relação de preços de serviços odontológicos praticados pela CONTRATADA, pagáveis no prazo máximo de 30 (trinta) dias, devendo o Beneficiário, para tanto, apresentar os documentos relacionados a seguir:



- a) Relatório do odontólogo assistente declarando o nome do paciente, data do atendimento e descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;
- b) Solicitação de reembolso em formulário próprio, fornecido pela CONTRATADA
- e) Conta odontológica, discriminando materiais e medicamentos porventura consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais do hospital, e
- d) Recibos individualizados de honorários dos odontólogos assistentes, discriminando funções e o evento a que se referem.

11.6. Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, enquanto perdurou o estado de urgência ou emergência

11.7. O reembolso será efetuado através de depósito em conta corrente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de entrega da documentação completa, nos escritórios da CONTRATADA;

11.8 Ficam estabelecidos que o beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso.

CLÁUSULA XI - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

12.1. Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

CLÁUSULA XII - MECANISMO DE REGULAÇÃO

13.1. Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Indicador de Serviços da Rede (própria ou credenciada), o Beneficiário deverá apresentar:

- a) Documento de identidade oficial com foto;
- b) A requisição para a realização de exames ou tratamentos; e
- e) A Autorização Prévia da CONTRATADA para a realização do serviço.

13.2. Todos os serviços odontológicos cobertos pelo presente Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA, exceto consulta inicial e os casos de urgência, sendo garantido ao beneficiário o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir da solicitação;

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



13.4. A solicitação de Autorização Prévia, para a realização de procedimentos/eventos contratualmente cobertos deve ser apresentada à CONTRATADA, assinada e datada pelo cirurgião-dentista ou médico assistente do caso, e assinada também pelo Beneficiário.

13.5. Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do presente Contrato, fica garantido ao Beneficiário a formação de uma Junta Odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados

13.6. Cada uma das partes pagará os honorários do odontologista que nomear, exceto se o odontologista escolhido pelo Beneficiário pertencer à rede credenciada da CONTRATADA, que, nesse caso, arcará com os honorários de ambos os nomeados. A remuneração do terceiro, desempataador será paga pela CONTRATADA

13.7. Indicador de Serviços da Rede é a relação de prestadores de serviços odontológicos, componentes da Rede Própria e da Rede Credenciada, sendo sua utilização liberada aos Beneficiários de forma diferenciada, de acordo com o plano contratado.

13.8. Manual do Beneficiário é o instrumento de orientação ao Beneficiário sobre seus direitos e obrigações contratuais, bem como sobre as rotinas operacionais relativas a alterações cadastrais, mecanismos de acesso aos serviços cobertos e formas e condições de sua utilização, eventuais fatores moderadores, limites de cobertura, procedimentos para a obtenção de autorizações prévias, bem como informações sobre os recursos eletrônicos disponibilizados pela CONTRATADA para a agilização do atendimento.

13.9. O manual será atualizado pela CONTRATADA e ficará disponível ao beneficiário na sede da CONTRATADA, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

CLÁUSULA XIII - FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

14.1. O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é préestabelecido.

14.2. A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31, da Lei 9656/98.

14.3. A CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por beneficiário, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

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

14.5. Quando a data de vencimento cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente.



14.6. As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação de pessoal enviada pela CONTRATANTE. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

14.7. Se a CONTRATANTE não receber documento que possibilite realizar o pagamento de sua obrigação até 5 (cinco) dias antes do respectivo vencimento, deverá solicitá-lo diretamente à CONTRATADA, para que não se sujeite a consequência da mora.

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

14.9. A CONTRATADA não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a estes já vinculados.

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

14.11. Todos os pagamentos serão realizados diretamente à CONTRATADA, por meio de fatura, não tendo o profissional odontólogo ou qualquer outro prestador, autorização para recebimento ou negociação de valores em nome da CONTRATADA.

14.12. A CONTRATANTE declara ter ciência expressa e desde já autoriza o registro de seu nome em cadastro de inadimplentes, a exemplo do SPC E SERASA, na hipótese inadimplência das faturas contratadas. Antes da inclusão do nome da CONTRATANTE nos registros SPC e SERASA, haverá uma notificação antecipada de 10 dias, diretamente a sede da CONTRATANTE.

CLÁUSULA XIV - REAJUSTE

15.1. Nos termos da legislação vigente, o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPCA. Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 03(três) meses em relação a data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato.

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

15.3. O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 30% (Sm), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

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



$R = S / S_m - 1$, Onde: S = Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses) e S_m = Meta de Sinistralidade expressa em contrato.

15.5. Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 13.2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 13.1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

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

15.7. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do presente contrato, entendendo-se esta como data base única.

15.8. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato.

15.9. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9.656/98.

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

CLÁUSULA XV - FAIXAS ETÁRIAS

16.1. Não se aplica a este contrato

CLÁUSULA XVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS:

DO DEDITO

17.1. A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que contribuir para o plano contratado, decorrente de seu vínculo empregatício ou estatutário com o CONTRATANTE, no caso de rescisão ou exoneração do trabalho, sem justa causa, o direito de manter sua condição de BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele já vinculados no plano, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

17.1.1. O período de manutenção da condição de BENEFICIÁRIO será de 1/3 (um terço) do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de 6 (seis) meses e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

17.1.2. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo.



17.1.3. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independentemente do motivo.

17.1.4. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá até 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à CONTRATADA, cabendo exclusivamente ao CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO demitido.

17.1.5. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

17.1.6. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar ou mesmo pagamento exclusivo de mensalidade de dependentes de o beneficiário titular.

DO APOSENTADO

17.2. A CONTRATADA assegura ao BENEFICIÁRIO TITULAR que se aposentar, e que tiver contribuído para o plano contratado, decorrente de vínculo empregatício ou estatutário, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO TITULAR e dos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES a ele vinculados, as mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade do CONTRATANTE.

17.2.1. Na hipótese de contribuição pelo então empregado, por período inferior ao fixado acima, é assegurado o direito de manutenção como BENEFICIÁRIO, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do plano.

17.2.2. Em caso de morte do BENEFICIÁRIO TITULAR, o direito de permanência é assegurado aos BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES cobertos pelo plano na data do óbito, nos termos dispostos neste artigo.

17.2.3. A condição de BENEFICIÁRIO assegurada neste artigo deixará de existir, quando da admissão do BENEFICIÁRIO TITULAR em outro emprego, ou na hipótese de rescisão do presente contrato, independente do motivo.

17.2.4. O BENEFICIÁRIO TITULAR terá até 30 (trinta) dias após seu desligamento da empresa para obter este benefício junto à CONTRATADA, cabendo exclusivamente ao CONTRATANTE dar expressa ciência ao BENEFICIÁRIO aposentado.

17.2.5. O BENEFICIÁRIO TITULAR que não participar financeiramente do plano, durante o período que mantiver o vínculo empregatício, não terá direito à cobertura ora estabelecida.

17.2.6. Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a participação do BENEFICIÁRIO, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar ou mesmo pagamento exclusivo de mensalidade de dependentes de o beneficiário titular.

17.3. Caso o empregado venha a se aposentar e continuar trabalhando para o CONTRATANTE (pessoa jurídica empregadora), na oportunidade do seu desligamento será garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observando-se as regras previstas neste item.



DAS RESPONSABILIDADES

17.4. Será de responsabilidade da CONTRATANTE informar seus empregados, na oportunidade da rescisão contratual em caso de demissão ou aposentadoria, a possibilidade de manter-se como BENEFICIÁRIO do plano, para que estes manifestem sua opção no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de perda do direito.

17.5. Será de responsabilidade do EX-EMPREGADO o pagamento da contraprestação em seu nome e de seus respectivos dependentes diretamente à CONTRATADA durante o gozo do benefício previsto nesta Cláusula.

17.5.1. O EX-EMPREGADO pagará à CONTRATADA, a importância obtida pela soma dos valores das mensalidades de acordo com a faixa etária em que cada BENEFICIÁRIO esteja inscrito no plano (titulares e dependentes), conforme tabela específica para demitidos e aposentados, parte integrante deste contrato.

17.6. É de responsabilidade de a CONTRATANTE disponibilizar aos BENEFICIÁRIOS a tabela de preços de seu custo por faixa etária, mesmo que as partes tenham acordado valores inferiores a estes, bem como apresentar a tabela de preços, por faixa etária, das mensalidades em caso de gozo do benefício previsto nesta Cláusula.

17.6.1. A referida tabela será reajustada anualmente, na mesma periodicidade e percentual aplicado aos demais preços.

17.7. A CONTRATANTE fica obrigada, no momento da comunicação à CONTRATADA da exclusão do BENEFICIÁRIO, a informar:

- I - Se o BENEFICIÁRIO foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- II - Se aposentado, se continuou trabalhando para a CONTRATANTE;
- III - Se o BENEFICIÁRIO contribuía para o pagamento do plano e ainda, se total ou parcialmente;
- IV - Por quanto tempo o BENEFICIÁRIO contribuiu para o pagamento do plano; e
- V - Se o BENEFICIÁRIO optou por sua manutenção no plano ou se recusou esta condição.

17.8. A CONTRATADA somente aceitará a exclusão de BENEFICIÁRIOS mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário, bem como o repasse das informações previstas no artigo anterior.

17.9. Fica a critério das partes, mediante prévio acordo, a disponibilização de plano de assistência à saúde exclusiva para ex-empregados, demitida ou exonerada sem justa causa, e aposentados.

17.9.1. Caso as partes disponibilizem plano de saúde exclusivo para ex-empregados, as mensalidades serão reajustadas anualmente, considerando a totalidade da carteira da CONTRATADA de contratos exclusivos para ex-empregados, e o respectivo percentual será divulgado em sua página na Internet.

17.10. Perde o direito de permanência no plano na condição de ex-empregado nos casos de:



- 1 - Término dos prazos de permanência;
- li - Admissão do ex-empregado em novo emprego; ou
- lli - Cancelamento do plano pela CONTRATANTE (pessoa jurídica empregadora) que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

14.11. A CONTRATADA disponibilizará plano de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar aos BENEFICIÁRIOS vinculados a planos coletivos decorrentes de vínculo empregatício, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, nas seguintes condições:

17.11.1. Considera-se, na contagem de prazos de carência o período de permanência do BENEFICIÁRIO no plano coletivo cancelado.

17.11.2. Incluem-se no universo de BENEFICIÁRIOS de que trata o *caput* todo o grupo familiar vinculado ao BENEFICIÁRIO TITULAR.

17.11.3. Será de responsabilidade de a CONTRATANTE informar aos BENEFICIÁRIOS TITULARES sobre o cancelamento do benefício, para que estes possam fazer opção pelo plano individual ou familiar da CONTRATADA no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento.

DEFINIÇÕES IMPORTANTES

17.12. Para fins das regras previstas nesta Cláusula, assim definem-se:

a) Contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecida pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e à coparticipação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médico-hospitalar;

b) Tempo de Contribuição: período pelo qual o beneficiário contribuiu financeiramente para o plano coletivo decorrente de vínculo empregatício, e não se confunde com o período que ele esteve vinculado ao plano de saúde;

e) Mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos;

d) Desligamento: ato da rescisão do contrato de trabalho (demissão/exoneração/aposentadoria);

e) Novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

CLÁUSULA XVII - DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

18.1. Perda da qualidade de beneficiário titular:



- a) pela rescisão do presente contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;
- e) fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

18.2. Perda da qualidade de beneficiário dependente:

- a) pela perda da condição de dependência prevista nas condições gerais deste contrato;
- b) a pedido de o beneficiário titular;
- e) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.

18.3. Caberá tão somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

18.4. A CONTRATADA só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

CLÁUSULA XVIII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:

19.1. Por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação por escrito à CONTRATADA, com no mínimo 60 (sessenta) dias do vencimento, período em que as partes deverão cumprir integralmente com as suas obrigações contratuais.

19.2. No caso de inadimplência da CONTRATANTE representada pelo atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 30 (trinta) dias, desde que a CONTRATANTE tenha sido notificada previamente, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação dos valores devidos, com suas consequências moratórias.

19.3. Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em prejuízo da CONTRATADA.

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



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

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

a) quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou

b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

19.7. Não será admitida a inclusão ou exclusão de beneficiários durante os prazos de aviso prévio descritos neste contrato

CLÁUSULA XIX- DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1. Integra este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pela CONTRATANTE, o Catálogo de Serviços Odontológicos, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC)..

20.2. Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

1 - DAS DEFINIÇÕES: Para os efeitos deste contrato, são adotadas as seguintes definições:

ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário o tratamento médico.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE/ANS: autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a saúde suplementar.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA: área em que a operadora se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL : é aquele executado em consultório odontológico, cujos procedimentos não necessitam de anestesia geral.



BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do beneficiário, tipo de procedimento, efetuado com vistas a manutenção do equilíbrio técnico-financeiro do plano e definição de mensalidades a serem cobradas dos beneficiários pela contraprestação.

CARÊNCIA: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato, durante o qual o CONTRATANTE paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.

CATÁLOGO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência. CID-10: é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão.

CO-PARTICIPAÇÃO: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

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

CONTRATADA: operadora de plano de saúde que se obriga a garantir a prestação de serviços de assistência odontológica aos beneficiários do plano ora convencionado.

DEPENDENTE: Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Pessoa física com vínculo familiar com o beneficiário titular do plano de saúde, de acordo com as condições de elegibilidade estabelecidas no contrato. No plano individual, titular e dependentes devem estar no mesmo plano. Nos planos coletivos, titulares e dependentes podem estar no mesmo plano ou em planos diferentes de acordo com o estabelecido pela pessoa jurídica contratante.

EVENTO: é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência odontológica que tenham como origem ou causa, o mesmo dano à saúde do beneficiário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo dentista, que possibilita uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do beneficiário.



FRANQUIA: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES: mecanismo de acesso oferecido ao beneficiário que possibilita a utilização de serviços assistenciais de prestadores de serviço não pertencentes às redes, credenciada ou referenciada ao plano, mediante reembolso, parcial ou total, das despesas assistenciais.

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

ÓRTESE: acessório usado em atos cirúrgicos e que não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo, ou não, ser retirado posteriormente. **PRÓT ESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

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

PROCEDIMENTO ELETIVO: é o termo usado para designar qualquer ato odontológico não considerado de urgência e que pode ser programado.

TITULAR: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora.

li- DAS OUTRAS DISPOSIÇÕES:

20.3. Por convenção, adotou-se neste contrato o gênero feminino quando há referência ao (à) **CONTRATANTE**, aos (às) beneficiários (as), aos (às) filhos (as), aos (às) menores, dentre outros.

20.3. A **CONTRATADA** não terá responsabilidade pelo pagamento nas seguintes condições:

a) Por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores. Tais despesas e riscos correm por conta exclusivos da **CONTRATANTE**;

b) Pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados de maneira diversa da pactuada, tais como, dentro do período de cumprimento de carência, após o término da relação contratual e fraude;

e) A utilização dos serviços contratados, durante o período de suspensão ou de carência, neste último caso, ressalvadas as especificidades dos casos de urgências ou emergências é de responsabilidade da **CONTRATANTE/beneficiário**.



20.4. É obrigação da CONTRATANTE, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, de exclusão de beneficiário, devolver os quaisquer documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo, sempre, sob todos os aspectos, 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 resilição do presente.

20.4.1. 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 não beneficiários;

20.5. Ocorrendo a perda ou extravio de quaisquer documentos, a CONTRATANTE deverá comunicar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento. O cancelamento só terá validade quando recebido por escrito, pela CONTRATADA.

20.6. A CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele, seus dependentes e agregados, cessadas as responsabilidades da CONTRATADA, independentemente da data de início do tratamento, bem como aquelas coberturas deferidas liminar ou cautelarmente em procedimento judicial, e posteriormente revogadas ou decididas em contrário, e ainda, os procedimentos não cobertos explicitamente por este instrumento.

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

20.8. Toda e qualquer concessão pela CONTRATADA, fora do pactuado pelo presente instrumento, implicará em mera liberalidade.

20.9. 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, desde que autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS.

CLÁUSULA XX- ELEIÇÃO DE FORO

21.1. Para dirimir quaisquer dúvidas ou demanda judicial oriundas do presente contrato, fica eleito o foro da comarca de domicílio da CONTRATANTE.



DelfhiOdonto
PLANOS ODONTOLÓGICOS

ANS – nº 42108-1

ANS - nº 42108-1



DelfhiOdonto
PLANOS ODONTOLÓGICOS

 Tel 84 **3212 -2000**

 Av. Prudente de Moraes, 624- Petrópolis - CEP: 59.020-510- Natal RN

www.delfhiodonto.com.br

D@ @delfhiodonto