



OdontoPrime
PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

empresarial



 www.odontologiaprime.med.br

84 3217-4401 Administrativo

84 3301-1959 Clínica



OdontoPrime

PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL <i>Sindicato dos trab e Trabalhadoras do Poder Judiciário do RN</i>		
NOME FANTASIA <i>Sindjustiça - RN</i>	CPF	
CNPJ <i>08.693.715/0001-89</i>	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
ENDEREÇO <i>Rua Radialista Monteiro Neto 1492</i>		
BAIRRO <i>Lagoa Nova</i>	CIDADE <i>Natal</i>	UF <i>RN</i> CEP
TELEFONE <i>3204-5450</i>	FAX	E-MAIL <i>contat@syndjusticarn.org.br</i>
REPRESENTANTE LEGAL <i>Gersonilson Martins Pereira</i>		DATA NASCIMENTO <i>19/10/1972</i>
TELEFONE	CELULAR <i>99999-9292</i>	CPF <i>828.713.884-15</i>
DATA VENCIMENTO DA FATURA <i>10</i>	NUMERO DE USUARIOS	
VIGÊNCIA DO CONTRATO <i>09/07/2019</i>	TIPO DE PLANO	
CARÊNCIA 24hrs para urgência 30 dias para periodontia 180 dias para cirurgia 180 dias para endodontia 180 dias para prótese 30 dias para demais procedimentos	LOCAIS DE ATENDIMENTO	
CONTATO	REPRESENTANTE	COD
VALOR DO PLANO 1 R\$ (<i>22,00</i>) por cada titular. 2 R\$ (<i>22,00</i>) por cada dependente ou agregado.	TIPO DE CONTRATO () COMPULÓRIO (X) POR ADESÃO	
OBSERVAÇÕES 1 - NÃO SÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS PARA FINS EMINENTEMENTE ESTÉTICOS		
OBSERVAÇÕES 1 - NÃO SÃO COBERTOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS PARA FINS EMINENTEMENTE ESTÉTICOS		
ESTANDO ASSIM DE ACORDO COM O CONTRATO PADRONIZADO NOS TERMOS DA ANS, ASSINAM AS PARTES EM DUAS VIAS DE IGUAL TEOR.		
<i>Natal</i> , <i>09</i> DE <i>Julho</i> DE 20 <i>19</i> .		CONTRATADA

Josilando Nunes da Silva
Diretor Executivo
SINDJUSTIÇA-RN

Gersonilson Martins Pereira
Diretor Coordenador
SINDJUSTIÇA-RN

ANS Nº 420212



Rua Dr. Poty Nóbrega | 1946 | Sala 703
International Trade Center
Lagoa Nova | Natal | RN

www.odontologiaprime.med.br

PROPOSTA N° _____

ODONTO PRIME PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA ME
PLANO ODONTO PRIME CORPORATE NORDESTE
Número de Registro na ANS: 481461184

CLÁUSULA PRIMEIRA - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA

1.1 - **ODONTO PRIME PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA ME**, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **420212**, qualificada na Proposta Contratual e neste ato devidamente representada na forma de seus atos constitutivos, doravante designada CONTRATADA.

CLÁUSULA SEGUNDA - QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

2.1 - De outro lado, Sind. dos trab. e trab. do P. Judiciário do RN, inscrita no CNPJ sob o nº. 08.693.715.0001-89, localizado Rua Radialista Monteiro Neto 1492 - Jaqueira Nova - Natal/RN, doravante designada **CONTRATANTE**, representada pelo seu representante legal Genersonilson Martins Pereira, CPF nº 828.713.884-15.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBJETO DO CONTRATO

3.1 - O presente contrato tem por objeto a cobertura de custos pela CONTRATADA das despesas com os procedimentos de assistência odontológica prestada por terceiros aos BENEFICIÁRIOS indicados pela CONTRATANTE e nas condições de cobertura estabelecidas no presente contrato e de acordo com o estipulado no plano contratado em obediência à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sua regulamentação.

CLÁUSULA QUARTA - NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

4.1 - Nome do Plano **ODONTO PRIME CORPORATE NORDESTE**
4.2 - Registro na ANS nº. **481461184**

CLÁUSULA QUINTA - TIPO DE CONTRATAÇÃO

5.1 - Contratação Coletiva Empresarial.

CLÁUSULA SEXTA - SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

6.1 - A segmentação assistencial do plano incluído neste contrato é exclusivamente odontológica.

CLÁUSULA SÉTIMA - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

7.1 - Com base na Lei nº 9.656/98 e regulamentações, as coberturas previstas neste contrato serão efetuadas em toda a rede credenciada, na abrangência geográfica grupo de Estados: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia em consonância com a classificação estabelecida na legislação vigente.

7.2 - A CONTRATADA disponibilizará Orientador Odontológico com a lista de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), constando os serviços de especialidades, de acordo com sua rede de atendimento aos quais poderá ter acesso.

7.2.1 - Por se tratar de plano com abrangência geográfica Municípios, os prestadores poderão estar distribuídos por mais de um orientador, de acordo com as diferentes cidades.

7.3 - O orientador odontológico será disponibilizado através de meio físico, cópia em PEN DRIVE ou on-line, através do site www.odontologiaprime.med.br, a critério da CONTRATADA.

CLÁUSULA OITAVA - ÁREA DE ATUAÇÃO

8.1 - As áreas de atuação do plano odontológico descritas na cláusula quarta compreendem as cidades que integram a área geográfica de abrangência do produto, onde a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência odontológica contratadas pelo BENEFICIÁRIO.

CLÁUSULA NONA - ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 - O presente contrato tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do art.1º, da Lei nº.9.656/98, visando a assistência odontológica com cobertura para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

9.2 - O presente contrato de adesão reveste-se de característica bilateral, gerando direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor, assumindo a CONTRATANTE o risco de não vir a existir a cobertura contratada, pela inocorrência do evento do qual será gerada a obrigação da CONTRATADA em garanti-la.

9.3 - Outrossim, este Contrato se sujeita às normas estatuídas na Lei Federal nº. 9.656/98 e legislação específica que vier a sucedê-la

CLÁUSULA DÉCIMA - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

10.1 - Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

10.2 - Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas que comprovem o(s) seguinte(s) vínculo(s) com a CONTRATANTE: VINCULO NA CLT, ESTAGIÁRIOS E ETC.

10.3 - 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.
- c) Os filhos e enteados, ambos com até 18 anos incompletos ou, se estudantes universitários, até 24 anos incompletos;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda.

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



10.5 - São vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

10.6 - Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário

10.7 - Em caso de inscrição de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, serão aproveitados os períodos de carência já cumpridos pelo Beneficiário Titular ou Dependente adotante.

10.8 - Ao recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, é assegurada a inscrição neste plano de assistência à saúde, se incluídos no contrato até 30 (trinta) dias após a data do nascimento ou adoção, sendo que ficarão isentos do cumprimento dos períodos de carência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 - 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:

11.1.1 - 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;

11.1.2 - Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS e vigente à época do evento para a segmentação odontológica.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - EXCLUSÕES CONTRATUAIS

12.1 - O presente contrato não prevê cobertura de custos ou reembolso, EM QUALQUER HIPÓTESE, para os eventos que se seguem:

12.1.1 - Procedimentos assistenciais que exijam autorização prévia, realizados à revelia da CONTRATADA sem atendimento às condições previstas neste Contrato;

12.1.2 - Atendimentos prestados antes do início da vigência contratual ou do cumprimento das carências, respeitadas as demais condições contratuais;

12.1.3 - Tratamento clínico ou cirúrgico experimental definido pela autoridade competente;

12.1.4 - Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive substituição de restaurações;

12.1.5 - 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;

12.1.6 - Procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);

- 12.1.7 - Fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- 12.1.8 - Tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- 12.1.9 - Todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- 12.1.10 - Próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento;
- 12.1.11 - Transplantes ósseos;
- 12.1.12 - Enxertos ósseos, biomateriais e gengivais;
- 12.1.13 - Implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- 12.1.14 - Quaisquer tratamentos ou exames sem indicação clínica;
- 12.1.15 - Serviços com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- 12.1.16 - Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- 12.1.17 - Procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar ou que exijam forma diversa de anestesia local, sedação ou bloqueio e suas despesas hospitalares;
- 12.1.18 - As despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executadas em consultório;
- 12.1.19 - Fornecimento ou aplicação de medicamentos e/ou material para tratamento domiciliar;
- 12.1.20 - 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;
- 12.1.21 - Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- 12.1.22 - Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- 12.1.23 - Procedimentos não discriminados no Rol de Procedimentos Odontológicos da ANS vigente na data do evento;
- 12.1.24 - Qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- 12.1.25 - Reembolso de qualquer natureza, dentro ou fora da rede credenciada, exceto os casos de urgência e de emergência previstos neste instrumento;
- 12.1.26 - Procedimentos que não sejam exclusivamente odontológicos;
- 12.1.27 - Radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- 12.1.28 - Cirurgias e Tratamentos a laser;
- 12.1.29 - Clareamento dentário.

12.1.30 - Qualquer procedimento odontológico experimental ou para fins estéticos;

12.1.31 - A renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais;

12.1.32 - Transporte do paciente;

12.1.33 - Teleradiografia;

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 - O contrato terá duração mínima de 24 (Vinte e quatro) meses, sendo que sua vigência se dá a partir da data de sua assinatura do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à CONTRATADA.

13.2 - Este contrato tem renovação automática por prazo indeterminado a partir do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1 - Os usuários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

14.1.1- Procedimentos/Prazo

Diagnóstico 30 dias

Radiologia 30 dias

Prevenção em Saúde Bucal 30 dias

Dentística 30 dias

Periodontia 30 dias

Endodontia 180 dias

Cirurgia 180 dias

Urgência/Emergência/24 horas

Demais Casos 180 dias

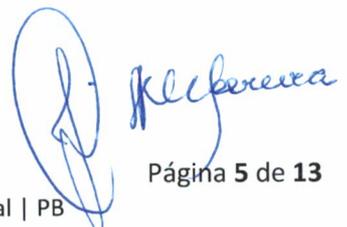
14.2 - Em caso de urgência/emergência, o prazo de carência não excederá a 24 (vinte e quatro) horas

14.3 - A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo USUÁRIO.

14.4 - Não será exigida carência quando houver 30 beneficiários ou mais no momento da adesão do beneficiário.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1 - Não se aplica.



Página 5 de 13

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 - Estão cobertos os seguintes procedimentos de emergência e urgência:

- I - Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial: consiste na aplicação de hemostático e/ou sutura na cavidade bucal;
- II - Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose: consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- III - Imobilização dentária temporária: procedimento que visa a imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por trauma;
- IV - Recimentação de trabalho protético: consiste na recolocação de trabalho protético;
- V - Tratamento de alveolite: consiste na limpeza do alvéolo dentário;
- VI - Colagem de fragmentos: consiste na recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- VII - Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VIII - Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- IX - Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;
- X - 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.

Reembolso de despesas nas urgências/emergências:

16.2 - 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.

16.3 - 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.

16.4 - O reembolso será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação dos seguintes documentos originais que, posteriormente, serão devolvidos, na hipótese do pagamento não serem integral:

16.4.1 - Solicitação de reembolso em formulário próprio, fornecido pela CONTRATADA;

16.4.2 - Relatório do odontólogo assistente declarando o nome do paciente, data do atendimento e descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados;

16.4.3 - Conta odontológica, discriminando materiais e medicamentos porventura consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais da clínica;

16.4.4 - Recibos individualizados de honorários dos odontólogos assistentes, discriminando funções e o evento a que se referem.

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

16.6- O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso.

16.7- O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela CONTRATADA, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado por esta junto à rede assistencial do presente plano.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

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

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

17.2– 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.

17.3 –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.

17.4 –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.

17.5 –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.

17.6 – 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.

17.7 – 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.

17.8 –. 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.

17.9 –. 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 DÉCIMA OITAVA - FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

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

18.2. –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.

18.3. –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.

18.4. –As faturas serão pagas até seus respectivos vencimentos, conforme acordado na proposta de Admissão.

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

18.6. –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.

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

18.8. –Ocorrendo impontualidade no pagamento da fatura, serão cobrados juros de mora de 2,00% (dois por cento) ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 0,33% (dia).

18.9 - . Caso a CONTRATANTE não efetuar o pagamento no prazo estipulado, terá os serviços objetos deste contrato totalmente suspensos, depois de constatada a mora e poderá ainda ter o contrato cancelado, caso não regularize a situação no prazo máximo de 60 (SESSENTA) dias após sua notificação por inadimplência.

18.10 - . 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.

18.11 - 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 de 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 DÉCIMA NONA - REAJUSTE

19.1 - 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 IPC. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 1 mês em relação a data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do Contrato.

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

19.2.1 - O desequilíbrio é constatado quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de 60% (sessenta), cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário.

19.2.2 -Neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = S - 1 S_m$ Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses) S_m - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

19.3 - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no item 2, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 1 e na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

19.4 - Na hipótese de descontinuidade do índice estabelecido no item 1, será estipulado novo índice mediante instrumento específico.

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

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

19.7 - Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - FAIXAS ETÁRIAS

20.1 – Não se aplica.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

Do direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

21.1 - A CONTRATANTE assegura ao beneficiário titular que contribuir para o plano privado de assistência à saúde no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho, sem justa causa, ou aposentadoria, o direito de manter sua condição de beneficiário - e dos beneficiários dependentes a ele vinculados - nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma junto à CONTRATANTE o pagamento integral das mensalidades, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, observada a Resolução nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

21.2 - O período de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa será de um terço do tempo de contribuição ao plano, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

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

- a) indeterminado, se o ex-empregado contribuiu para o plano pelo prazo mínimo de dez anos; ou
- b) à razão de um ano para cada ano de contribuição, se o ex-empregado contribuiu por período inferior a dez anos.

21.4 - A manutenção da condição de beneficiário está assegurada a todos os dependentes do beneficiário demitido ou aposentado inscritos quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, § 2º, e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998), podendo o direito ser exercido individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, § 1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

21.5 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado deve optar pela manutenção do benefício no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da comunicação inequívoca do empregador sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho formalizada no ato da concessão do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

21.6 - O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá incluir novo cônjuge e filhos no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, § 2º da RN nº 279, de 2011);

21.7 - Em caso de morte do ex-empregado demitido ou aposentado, o direito de permanência no plano é assegurado aos dependentes nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998 e no artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);

21.8 - O direito de manutenção assegurado ao beneficiário demitido ou aposentado não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011 e suas posteriores alterações);

21.9 - A condição de beneficiário deixará de existir:

a) pelo decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; ou

b) pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência à saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão (artigo 30, § 5º e artigo 31, § 2º da Lei nº 9656, 1998 c.c inciso II e § 1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou

c) pelo cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

21.10 - É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

21.11 - Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário nos termos do disposto no artigo 31 da Lei nº 9656, de 1998 e na RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações.

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

21.12 -No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecida aos empregados e ex-empregados da CONTRATANTE, os beneficiários poderão optar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o cancelamento do benefício, em ingressar em um plano Individual ou Familiar da Contratada, sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, desde que:

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

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

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

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDO - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO PLANO COLETIVO

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

22.1.1 – Perda da qualidade de beneficiário titular:

a) pela rescisão do presente contrato;

b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante, ressalvadas as condições previstas nos artigos nº 30 e nº 31 da Lei nº 9.656/98;

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

22.1.2 – 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;

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

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

22.3 - 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) por perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvados o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

22.4 - O Usuário que perder a condição de dependente será automaticamente excluído deste contrato, obrigando-se a contratante a recolher a sua carteira de identificação e devolvê-la imediatamente à CONTRATADA, salvo quando esta informar a readequação de grau de parentesco, conforme previsão contratual.

22.5 - No caso de morte do Usuário Titular, será assegurado aos Usuários Dependentes a manutenção do atendimento previsto no presente contrato, de acordo com as condições previstas no artigo 30 da Lei 9656/98.

22.6 - As exclusões de Usuários deverão ser comunicadas pela CONTRATANTE, por escrito ou meio magnético até o dia 25 (vinte e cinco) de cada mês. Acompanhadas das respectivas carteiras de identificação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - RESCISÃO

23.1 - Após o período de 24 (vinte e quatro) meses contados da data de início de sua vigência, o presente contrato poderá ser denunciado imotivadamente, a qualquer tempo, pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA, mediante aviso prévio por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

23.2 - O presente contrato será rescindido pela CONTRATADA, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:

a) prática, pelo CONTRATANTE, de fraude comprovada;

b) inadimplência do CONTRATANTE por período superior a 60 dias, consecutivo ou não, nos últimos 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato, desde que o CONTRATANTE seja comprovadamente notificado até 10 dias da inadimplência.

23.3 - Antes de completado o período de 24 (vinte e quatro) meses, poderá ocorrer a rescisão do contrato, observadas as seguintes condições:

a) quando motivada por uma das situações descritas acima, sem qualquer ônus;

b) imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão a pagar à outra o valor equivalente ao somatório de 50% (cinquenta por cento) das parcelas a vencer do presente contrato como penalidade pela rescisão de forma unilateral.

23.4 - É de responsabilidade do CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação dos beneficiários titulares e dependentes, de propriedade da CONTRATADA.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DISPOSIÇÕES GERAIS

I - 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. **PRÓTESE:** peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

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

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

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

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: consideram-se procedimentos de urgência/emergência aqueles previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - ELEIÇÃO DE FORO

25.1 - Para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do CONTRATANTE.

Natal, 09 de julho de 2019

Pelo Contratante ou Responsável

Pela Contratada


Josilaine Nunes da Silva
Diretor Executivo
SINDJUSTIÇA-RN


Gersonilson Martins Pereira
Diretor Coordenador
SINDJUSTIÇA-RN

ODONTO PRIME PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA ME
CNPJ: 25.241.547/0001-00

DECLARO QUE LI TODAS AS CLÁUSULAS DESSE CONTRATO



OdontoPrime
PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA

ANS Nº 420212



Rua Doutor Poty Nóbrega | 1946 | Sala 703
ITC Natal | Lagoa Nova | Natal | RN

☎ 84 3217-4401 ☎ 84 3301-1959 ☎ 0800 006 3013
Matriz Central Clínica SAC/Vendas