

Sumário

Tema I - Atributos do Contrato	3
Tema II – Condições de admissão.....	3
Tema III – Coberturas e Procedimentos Garantidos	3
TABELA DE PROCEDIMENTOS	4
Tema IV – Exclusões de cobertura	7
Tema V – Duração do Contrato.....	7
Tema VI – Períodos de carência	8
Tema VII – Doenças ou lesões pré-existentes	8
Tema VIII – Atendimento de Urgência e Emergência.....	9
Tema IX – Acesso a livre escolha de prestadores	10
Tema X – Mecanismos de regulação	10
Tema XI – Formação de preço e mensalidade	11
Tema XII – Reajuste	12
Tema XIII – Faixas etárias	12
Tema XIV – Bônus - Descontos	12
Tema XV – Condições da perda da qualidade de beneficiário.....	13
Tema XVI - Rescisão/Suspensão	13
Tema XVII - Disposições Gerais	13
Tema XVIII – Eleição do foro	16

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL E FAMILIAR

a. Qualificação Da Operadora:

Pelo presente instrumento contratual e na melhor forma de direito, de um lado AESP ODONTO ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA S/S LTDA, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº. 03.694.367./0001-40, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº. 41.328-3 e classificada nesta como ODONTOLOGIA DE GRUPO, com sede à Rua Dr. José de Queiroz Aranha, 154 – Vila Mariana – SP, Cep. 04106-061, doravante denominada CONTRATADA.

b. Qualificação do Contratante:

• **b.1 - A CONTRATANTE** é a pessoa física identificada e qualificada conforme dados constantes na proposta contratual, que é peça integrante deste instrumento contratual para todos os fins de direito.

• **b.2 - A CONTRATANTE** é identificada também neste contrato como BENEFICIÁRIO TITULAR, devendo indicar expressamente na proposta contratual os **BENEFICIÁRIOS dependentes**, e todos em conjunto serão denominados **BENEFICIARIOS**

c. Nome Comercial e nº de Registro do Plano na ANS

Nome do Plano Máster.

Nome do Plano Máster Ouro.

Registro na ANS nº. 436143011.

Registro na ANS nº. 462489101.

d. Tipo de Contratação

Contratação Individual Familiar.

e. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

Segmentação Ambulatorial e Odontológica.

f. Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

A área geográfica de abrangência do plano **MÁSTER** contratado é (nacional),

A área geográfica de abrangência do plano **MÁSTER OURO** contratado é (Grupo de Estados), compreendendo: CEARÁ, RIO DE JANEIRO, BAHIA E SÃO PAULO.

g. Padrão de Acomodação em Internação

Não se aplica.

h. Formação do Preço

Este plano será custeado em regime de pré-pagamento.

i. Serviços e Coberturas Adicionais

O plano **MÁSTER** não prevê nenhuma cobertura ou serviços adicionais.

O plano **MÁSTER OURO** prevê cobertura ou serviços adicionais em ortodontia e manutenção.

Tema I - Atributos do Contrato

O presente contrato tem por objetivo a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde e odontológico, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei 9.656/98, abrangendo a cobertura descrita na Classificação Estatística, às especialidades definidas bem como no Rol de Procedimentos Odontológicos, editados pela ANS, vigentes à época do evento, aos Beneficiários regularmente inscritos, na forma e condições deste instrumento.

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.

Tema II – Condições de admissão

São beneficiários deste contrato o Contratante, considerado Beneficiário Titular, e as pessoas por ele indicadas seja na Proposta de Adesão ou posteriormente à celebração do contrato, denominadas Beneficiários Dependentes.

Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Dependentes, mediante a comprovação das qualidades abaixo indicadas e da dependência econômica em relação ao Titular:

- 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;

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.

Tema III – Coberturas e Procedimentos Garantidos

A CONTRATADA assegurará aos beneficiários regularmente inscritos e satisfeitas as respectivas condições, a cobertura básica prevista neste contrato, compreendendo a cobertura de todas, visando o tratamento de todas as doenças listadas conforme Rol Odontológico da Agência Nacional de Saúde Suplementar vigentes à época do evento.

A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais será priorizada em consultórios.

O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, está assegurado independentemente do local de origem do evento.

COBERTURAS AMBULATORIAIS:

Aos BENEFICIÁRIOS serão asseguradas as coberturas com despesas decorrentes de cirurgias ambulatoriais que não necessitem de internação hospitalar.

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS:

Os beneficiários terão direito aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente na época da realização do evento, incluindo:

a) A cobertura de exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, 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 Odontológicos, instituído pela agência nacional de saúde suplementar vigente à época do evento, realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

Está compreendido neste Contrato o atendimento à cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia e cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral, conforme determina no art. 12, inciso IV, da Lei n.º 9656/98.

Conforme Artigo 7º da Resolução CONSU 10/98, o plano odontológico compreende todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo Exame Clínico, Radiologia, Prevenção, Dentística, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.

Os procedimentos abaixo mencionados constam do Rol de procedimentos editados pela ANS e, portanto, possuem cobertura contratual:

TABELA DE PROCEDIMENTOS

CONSULTAS

81000030 - Consulta Inicial

81000049 - Consultas de Emergência (horário comercial)

81000057 - Consultas de Emergência (horário noturno, sábado, domingo e feriados)

81000421 - Rx Periapical

PREVENTIVA

84000090 - Aplicação tópica de flúor (até 12 anos)

84000198 - Profilaxia por arcada: Inclui orientação, controle de placa, polimento Coronário e técnicas de escovação.

DENTÍSTICA / PEDIÁTRIA

- 85100099 - Restauração em amálgama 1 (uma) face
- 85100102 - Restauração em amálgama 2 (duas) faces
- 85100110 - Restauração em amálgama 3 (três) faces
- 85100129 - Restauração em amálgama 4 (quatro) faces
- 85100196 - Restauração Resina Fotopolimerizável 1 face
- 85100200 - Restauração Resina Fotopolimerizável 2 faces
- 85100218 - Restauração Resina Fotopolimerizável 3 faces ou mais
- 85400211 - Núcleo de Preenchimento
- 81000014 - Condicionamento em Odontologia

CIRURGIA

- 82000859 - Exodontia de raiz residual
- 82000816 - Exodontia com retalho
- 83000089 - Exodontia de dente decíduo
- 82000875 - Exodontia simples
- 82000239 - Biópsia
- 82001197 - Redução de luxação da ATM
- 82000034 - Alveoplastia
- 82000395 - Cirurgia de Torus Palatino/Mandibular
- 82000174 - Apicectomia unirradicular c/ ou s/ obturação retrógrada
- 82000158 - Apicectomia multirradicular c/ ou s/ obturação retrógrada
- 82001502 - Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica
- 82000258 - Correções de bridas musculares/bridectomia
- 82001251 - Reimplante dentário com contenção
- 82000662 - Enxerto gengiva livre
- 82000794 - Excisão de mucocele
- 82001286 - Exodontia de dente incluso (retido)
- 82001294 - Exodontia de dente semi-incluso
- 82000883 - Frenectomia
- 82001030 - Drenagem de Abscesso Intraoral
- 82001510 - Tratamento cirúrgico de fístulas Buco-nasais ou Buco-sinusais
- 82001103 - Punção aspirativa com Agulha fina/Coleta de raspado em lesões
- 82001596 - Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/ cartilagosos na mandíbula/maxila
- 82001618 - Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila
- 82001634 - Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução
- 82000786 - Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila

ENDODONTIA

85100013 - Capeamento pulpar direto ou indireto
85200042 - Pulpotomia
85200018 - Clareamento de dentes desvitalizados (por elemento)
85200115 - Retratamento endodôntico de unirradicular
85200093 - Retratamento endodôntico de birradicular
85200107 - Retratamento endodôntico de 3 ou mais canais
85200166 - Tratamento endodôntico unirradicular
85200140 - Tratamento endodôntico birradicular
85200158 - Tratamento endodôntico de 3 ou mais canais

ODONTOPEDIATRIA

85100048 - Colagem de fragmentos
83000089 - Exodontia de dente decíduo
83000127 - Pulpotomia em decíduo
85100037 - Restauração de ionômero de vidro
84000058 - Aplicação de Selante por Hemi arco
84000031 - Aplicação de Cariostático (Quatro Hemi arcadas)
84000201 - Remineralização
83000151 - Tratamento endodôntico em decíduos
83000020 - Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato

PERIODONTIA

82000212 - Aumento de coroa clínica
85300020 - Imobilização dentária com resina fotopolimerizável
82000921 - Gengivectomia ou gengivoplastia por segmento
85300047 - Raspagem por arcada supra gengival (manual ou ultrasom). Já inclui item 84000198.
85300039 - Raspagem subgengival por arcada. Já inclui o item 84000198.
82000336 - Cirurgia de retalho, para raspagem e alisamento radicular por segmento
85300063 - Curetagem de abscesso periodontal
82000662 - Enxerto gengival livre por hemi arco
82000620 - Enxerto ósseo liofilizado

PRÓTESE (ROL DE PROCEDIMENTOS COBERTOS ANS)

85400211 - Núcleo de Preenchimento
85400220 - Reabilitação com núcleo metálico fundido/núcleo pré-fabricado - inclui a peça protética
85400076 - Coroa unitária provisória com ou sem pino/provisório para preparo de RMF (restauração metálica fundida)
85400149 - Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética
85400114 - Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética

Tema IV – Exclusões de cobertura

Estão excluídos de todas as coberturas financeiras, os tratamentos, intervenções e despesas não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente à época do evento e os provenientes de:

Tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente; Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, ou seja, sem registro vigente na ANVISA;

- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecido pelas autoridades competentes;
- Casos de cataclismos, guerra e comoções internas quando declarados pela autoridade competente;
- Procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- Renovação de restaurações sem indicação clínica e procedimentos odontológicos de natureza estética na substituição de restaurações funcionais.

Tema V – Duração do Contrato

O CONTRATO MÁSTER terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.

Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação.

O CONTRATO MÁSTER OURO terá vigência inicial de 1 (um) ano, sendo seu início a partir da assinatura do contrato ou da assinatura da proposta de adesão ou do pagamento da primeira mensalidade, o que correr primeiro.

Após esse prazo, a renovação do contrato será por prazo indeterminado. Não haverá cobrança de qualquer taxa no ato da renovação

Tema VI – Períodos de carência

As coberturas previstas pelo plano contratado somente passam a vigorar depois de cumpridos os prazos de carência a seguir descritos:

- Atendimento de urgências/emergências - 24 horas
- 30 (trinta) Dias Consultas
- 30 (trinta) Dias Exames Radiográficos
- 30 (trinta) Dias Preventiva
- 30 (trinta) Dias Dentística
- 30 (trinta) Dias Odontopediatria
- 60 (sessenta) Dias Periodontia
- 60 (sessenta) Dias Endodontia
- 60 (sessenta) Dias Cirurgia
- 60 (sessenta) Dias Ortodontia

As carências explicitadas neste tema serão contadas a partir da data da vigência contratual, ou seja, a partir da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do contrato ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro.

Tema VII – Doenças ou lesões pré-existentes

O beneficiário deverá informar à CONTRATADA, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de doenças ou lesões preexistentes à época da adesão ao presente contrato, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656/1998.

Doenças ou Lesões Preexistentes são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656/1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961/2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162/2007.

Para informar a existência de doenças e lesões preexistentes, o Beneficiário Titular preencherá o Formulário de Declaração de Saúde acompanhado da Carta de Orientação ao Beneficiário e poderá solicitar orientação.

O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um cirurgião dentista pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela CONTRATADA, sem qualquer ônus para o beneficiário.

Caso o beneficiário opte por ser orientado por cirurgião dentista não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da CONTRATADA, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário

saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

É vedada à CONTRATADA a alegação de Doença ou Lesão Preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Tema VIII – Atendimento de Urgência e Emergência

É obrigatória por parte da CONTRATADA a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência odontológicos.

DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência:

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 conseqüente imobilização.

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

DO REEMBOLSO

Será garantido ao Beneficiário o reembolso 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 contratado

O beneficiário terá o prazo de 30 (trinta) dias para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos originais conforme definido a seguir, visando sempre cálculos corretos para o comprimento deste contrato, e em conformidade com o plano contratado:

- Recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta: Nome do beneficiário atendido
- Nome do Titular ou responsável pelo contrato:
- Valor unitário dos procedimentos em moeda corrente
- Assinatura do responsável pela realização do atendimento (dentista) CPF/CNPJ, CRO e ISS do dentista ou clinica
- Data da realização do evento
- Radiografia inicial e final do procedimento realizado

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.

Tema IX – Acesso a livre escolha de prestadores

Este contrato não prevê acesso à livre escolha.

Tema X – Mecanismos de regulação

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Será fornecida pela CONTRATADA a cada um dos beneficiários uma Carteira de Identificação, cuja apresentação será indispensável para utilização de qualquer tipo de serviço prestado pela mesma ou por sua rede credenciada.

Ocorrendo a perda ou extravio da Carteira de Identificação ou de outros documentos fornecidos pela operadora, o (a) CONTRATANTE obriga-se a comunicar o fato imediatamente à CONTRATADA

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

Para a realização dos procedimentos contratualmente cobertos será necessária a obtenção de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.

Com exceção da consulta inicial, para exame clínico e elaboração de orçamento e de casos classificados como urgência e emergência, todos os serviços odontológicos cobertos pelo Contrato estão sujeitos à prévia autorização da CONTRATADA.

A solicitação para realização de serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos poderá ser feita por cirurgião-dentista, desde que restrito à finalidade de natureza odontológica.

DA JUNTA MÉDICA

As divergências ou dúvidas de natureza odontológicas oriundas deste contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por 3 (três) membros, sendo o primeiro indicado pela CONTRATADA, o segundo pelo beneficiário, e o desempatador, de comum acordo entre os médicos participantes da junta.

Cada parte pagará os honorários do odontologista que nomear e, caso o odontologista escolhido pelo beneficiário seja integrante da rede credenciada, o ônus total será de responsabilidade da CONTRATADA.

A despesa do odontologista desempatador será paga pela CONTRATADA.

SERVIÇOS PRÓPRIOS E REDE CREDENCIADA

Será fornecido ao beneficiário titular uma relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados pela operadora.

Os beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as crianças de até 5 (cinco) anos de idade possuem privilégios na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos, em relação aos demais beneficiários.

A CONTRATADA reserva-se o direito, quando necessário, de modificar ou cancelar o credenciamento de odontologistas ou entidades prestadoras de serviços, constantes na relação da rede credenciada, preservando, entretanto o mesmo nível de atendimento.

A relação contendo os dados dos prestadores de serviços próprios e credenciados da CONTRATADA terá suas atualizações disponíveis na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento ou por meio da internet.

Tema XI – Formação de preço e mensalidade

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

A mensalidade que o BENEFICIÁRIO titular pagará à CONTRATADA será devida por si e pelos demais BENEFICIÁRIOS dependentes na importância definida na Proposta de Adesão.

Caso o BENEFICIÁRIO não receba instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar à CONTRATADA.

O não recebimento do instrumento de cobrança não desobriga o BENEFICIÁRIO de efetuar o seu pagamento no prazo de vencimento mensal.

Os pagamentos deverão ser feitos, mensalmente, até a data do vencimento da contraprestação pecuniária, de acordo com a data da assinatura da Proposta de Adesão, ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário.

O recebimento pela CONTRATADA de parcelas em atraso constituirá mera tolerância, não

implicando em novação contratual ou transação.

Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento), e juros de 1% (um) por cento ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso.

O pagamento da contraprestação pecuniária referente a um determinado mês não implica na quitação de débitos anteriores.

Tema XII – Reajuste

1. Nos termos da legislação vigente, o reajuste financeiro a incidir sobre o valor da mensalidades será anual, e terá como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato, observado o limite máximo autorizado pela ANS.
 - 1.1. Caso deixe de ser obrigatória a autorização da ANS para a aplicação do reajuste e, cumulativamente, não se estabeleça um percentual como limite máximo, o reajuste dar-se-á conforme regras vigentes a época.
 - 1.2. Caso a nova legislação venha a estabelecer um período inferior a doze meses para o reajustamento, este será aplicado ao presente contrato.
2. Caso nova legislação venha a admitir o reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, este será reavaliado, quando o nível de sinistralidade da carteira ultrapassar o índice de XX% (Sm), 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 considerado como data-base de aniversário o mês de assinatura do Contrato.

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

$$R = S - 1 Sm$$

Onde: S - Sinistralidade apurada no período (Mínimo de 12 meses)

Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato

Tema XIII – Faixas etárias

Não aplica a este contrato

Tema XIV – Bônus - Descontos

Este contrato não prevê bônus e descontos.

Tema XV – Condições da perda da qualidade de beneficiário

1. O beneficiário dependente será excluído do plano de assistência à saúde nos casos de:

- a) perda da condição de dependência definida nas condições gerais deste contrato;
- b) infrações ou fraudes com o objetivo de obter vantagens ilícitas;
- c) a pedido do beneficiário titular.

2. A extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

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

Tema XVI - Rescisão/Suspensão

A operadora terá o direito de suspender ou rescindir, unilateralmente, o presente contrato, caso ocorra atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do mesmo.

O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no caput se encontra condicionado à inequívoca notificação do devedor até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Independentemente das conseqüências e responsabilidades legais, este contrato será cancelado nos casos comprovados de fraude, perdendo o BENEFICIÁRIO e seus dependentes, quaisquer direitos dos benefícios previstos neste Contrato, assim como da devolução de qualquer quantia paga.

O CONTRATANTE terá o direito de rescindir, unilateralmente, o presente contrato a qualquer tempo. Entretanto, se a rescisão ocorrer no primeiro ano de vigência do contrato, o CONTRATANTE pagará os procedimentos utilizados e uma multa de 10% (dez por cento)

Tema XVII - Disposições Gerais

Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Manual da Rede Credenciada, o Cartão Individual de Identificação, Entrevista Qualificada, Exame Médico, quando for o caso, a Declaração de Saúde do titular e dependentes e a Carta de Orientação ao Beneficiário, a Tabela de Reembolso, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

O (A) **CONTRATANTE** reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a **CONTRATADA**.

O (A) **CONTRATANTE**, por si e por seus beneficiários dependentes, autoriza a **CONTRATADA** a prestar todas as informações cadastrais solicitadas pelos órgãos de fiscalização da assistência à saúde, respeitados os normativos referentes ao sigilo médico.

Qualquer tolerância por parte da **CONTRATADA** não implica perdão, novação, renúncia ou

alteração do pactuado.

A CONTRATADA não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com médicos, hospitais ou entidades contratadas ou não. Estas despesas correrão por conta exclusiva do beneficiário.

A CONTRATADA fornecerá aos beneficiários o CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, cuja apresentação deverá estar acompanhada de documento de identidade legalmente reconhecido, que assegura a fruição dos direitos e vantagens deste contrato.

Ocorrendo a perda ou extravio do CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO, o(a) CONTRATANTE deverá participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para o cancelamento ou, quando for o caso, a emissão de segunda via mediante pagamento do custo de nova carteira de identificação no valor de R\$ 1,00 (um real), sendo que o cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

É obrigação do (a) **CONTRATANTE**, na hipótese de rescisão, resolução ou resilição deste contrato, ou ainda, da exclusão de algum beneficiário, devolver os respectivos cartões de identificação, caso contrário poderá responder pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos.

Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que sabiam da perda desta condição por exclusão ou término do contrato, ou, por terceiros, que não sejam beneficiários, se comprovada a má-fé do beneficiário que emprestou seu cartão a outrem.

Nestas condições, o uso indevido do cartão de identificação de qualquer beneficiário, ensejará pedido de indenização por perdas e danos, bem como a exclusão do beneficiário do plano.

As reclamações ou sugestões sobre qualquer um dos serviços prestados devem ser encaminhadas por escrito à CONTRATADA.

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.

AGRAVO DA CONTRAPRESTAÇÃO: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carência contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

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

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 médico-hospitalar e/ou odontológica.

CÁLCULO ATUARIAL: é o cálculo com base estatística proveniente da análise de informações sobre a frequência de utilização, perfil do associado, 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.

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 médico que avalia as condições clínicas do beneficiário.

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.

DOENÇA: é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico.

DOENÇA AGUDA: falta ou perturbação da saúde, de característica grave e de curta duração, sendo reversível com o tratamento.

DOENÇA OU LESÃO PREEXISTENTE: aquela que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

EMERGÊNCIA: é a situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente.

EXAME: é o procedimento complementar solicitado pelo médico, 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.

MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional responsável pela indicação da conduta médica a ser aplicada ao beneficiário.

MENSALIDADE: 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 procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência e que podem ser programados.

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

URGÊNCIA: é o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Tema XVIII – Eleição do foro

As partes elegem o foro da sede da CONTRATANTE para solucionar quaisquer dúvidas ou controvérsias originadas deste contrato, renunciando expressamente, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

