

**PLANO COLETIVO POR ADESÃO****OPERADORA CONTRATADA:** Uniodonto/RN – Cooperativa Odontológica do RN**CNPJ:** 08.237.810/0001-78**REGISTRO ANS:** 34.531-8**CLASSIFICAÇÃO:** Cooperativa Odontológica**ENDEREÇO:** Rua Açu, 665 – Tirol – Natal/RN – CEP: 59020-210**TELEFONE:** (84) 4009-4664**FAX:** 4009-4665**CONTRATANTE:** ASSEJERN – Associação dos Servidores da Justiça Eleitoral do RN**ENDEREÇO:** Praça André De Albuquerque, 534 (Edifício Sede do TRE) – Cidade Alta, Natal/RN (CEP 59025-580)**CNPJ:** 06.047.465/0001-84**TELEFONE:** 4006-5881**RESPONSÁVEIS LEGAIS:**

Ricardo Rosenélio Soares Peixoto

CPF: 673.265.524-87

Gildásio Sales da Silva

CPF: 511.969.214-15

**MODALIDADE DE CONTRATO:****TIPO:** Contrato Coletivo por Adesão**NOME COMERCIAL:** Coletivo por Adesão**REGISTRO do PLANO na ANS:** 461.125/09-0**TITULARES:** Pessoas com vínculo profissional, classista ou setorial com a Contratante**CARÊNCIA:** 30, 60 e 90 dias.**SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL:** Odontológica**ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA/ÁREA DE ATUAÇÃO:** Grupo de Municípios (Natal, Ceará Mirim, Goianinha, Macau, Nova Cruz, Parnamirim, Santa Cruz, São Paulo do Potengi).**FORMAÇÃO DO PREÇO:** Pré-estabelecido**MENSALIDADE POR USUÁRIO:** R\$ 15,39 (quinze reais e trinta e nove centavos).

Os dependentes também são considerados usuários, sujeitando-se ao pagamento da mensalidade.

**EMIÇÃO DA FATURA:** 20**VENCIMENTO DA FATURA:** 25**DATA LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO:** 05**PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL:** 12 meses.**ÍNDICE DE REAJUSTE ANUAL:** A atualização dos valores dos custos mensais individuais será efetuada anualmente, no mês de aniversário do plano, cuja periodicidade mínima é de 12 (doze) meses, com base no IGPM/FGV, ou abolida a vinculação, a outro índice que vier a lhe substituir, ou ainda por livre negociação entre as partes.**FORO:** Comarca do domicílio da CONTRATANTE

Natal/RN, 12 de julho de 2010.

CONTRATANTE

Ricardo Rosenélio Soares Peixoto  
Diretor Presidente  
CONTRATANTEGildásio Sales da Silva  
Diretor Administrativo  
CONTRATADAEugênio Carlos Araújo  
Presidente

**COLETIVO POR ADESÃO****OBJETO - SUMÁRIO**

CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES.....	3
CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO.....	3
CLÁUSULA III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO.....	3
CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS.....	3
CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA.....	4
CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO.....	4
CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA.....	5
CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES.....	5
CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	5
CLÁUSULA X – REEMBOLSO.....	5
CLÁUSULA XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO.....	6
CLÁUSULA XII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE.....	6
CLÁUSULA XIII – REAJUSTE.....	6
CLÁUSULA XIV – FAIXAS ETÁRIAS.....	6
CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO.....	8
CLÁUSULA XVI – RESCISÃO.....	8
CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO.....	9
CLÁUSULA XVIII – ÁREA DE ATUAÇÃO/ABRANGÊNCIA.....	9
ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos.....	11
ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo por Adesão.....	13
ANEXO III - Declaração de Leitura MPS.....	14





**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS  
PLANO COLETIVO POR ADESÃO**

Número de Registro do Plano na ANS: 461.125/09-0

**CLÁUSULA I – QUALIFICAÇÃO DAS PARTES**

**OPERADORA/CONTRATADA:** UNIODONTO - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA DO RIO GRANDE DO NORTE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J sob o número 08.237.810/0001-78, com sede e foro à Rua Açú, n.º 665, Natal – RN, CEP59020-110, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 34.531-8 e classificada como **Cooperativa Odontológica**, classificação Conforme RDC N.º 39.

**CONTRATANTE/ESTIPULANTE:** ASSEJERN – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO RN, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no C.N.P.J. sob número: 06.047.465/0001-84, com sede e foro na Praça André de Albuquerque, n.º 534 – Cidade Alta – Natal/RN.

**CLÁUSULA II – ATRIBUTOS DO CONTRATO**

2.1. Este instrumento particular tem por objetivo a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1.º, inciso I, da Lei 9656/98, compreendendo todos os procedimentos do Rol de Procedimentos Odontológicos editado pela ANS, vigente à época do evento, com cobertura de todas as doenças do CID-10, no que se refere à saúde bucal.

2.2. Se constituem partes integrantes deste Contrato, a Proposta de Adesão, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e os Anexos I e II constituídos pelo Rol de Procedimentos e Serviços não Cobertos pela CONTRATADA, bem como a Declaração de leitura do MPS.

2.3. 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 III – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

3.1. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha com a CONTRATANTE vínculo de caráter profissional, classista ou setorial, segundo as diretrizes do art. 9.º da RN n.º 195/2009 e alterações posteriores.

3.2. Podem ser inscritos no plano como Beneficiários Titulares as pessoas físicas inscritas pela UNIODONTO/RN (CONTRATADA), caracterizado pelo vínculo profissional, classista ou setorial, que usufruirá dos serviços propostos neste Contrato.

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

- a) Cônjuge;
- b) Companheiro(a), 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 tutelares e os menores sob guarda;
- e) Outros dependentes legais comprovados, conforme § 1.º do art. 9.º da RN n.º 195/2009.

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



3.5. A CONTRATANTE se obriga a fornecer por escrito até 20 (vinte) dias antes da data de vencimento da fatura, a relação de inclusões, alterações e exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, mediante apresentação do TERMO DE ADESÃO OU EXCLUSÃO, devidamente assinado pelo usuário Titular interessado e pelo responsável do Setor Pessoal da CONTRATANTE, assumindo em seu nome, e em nome daqueles, a responsabilidade pelas declarações prestadas.

§ 1º - As inclusões, alterações e exclusões de que trata o item anterior só serão consideradas válidas se reconhecidas pela UNIODONTO/RN no ato do protocolo de recebimento, com carimbo e assinatura do representante da CONTRATADA.

3.6. O usuário titular, bem como os seus dependentes legais devidamente inscritos no plano, serão identificados por meio de cartão personalizado (emitido periodicamente pela OPERADORA), cuja exibição, juntamente com o documento oficial de identificação ou similar, será obrigatório nos prestadores de serviço pertencentes à rede credenciada junto à OPERADORA.

3.7. É obrigatória a devolução do Cartão Uniodonto à OPERADORA quando da exclusão do usuário ou rescisão do Contrato, estando esta isenta de qualquer responsabilidade por seu uso indevido, cabendo ao usuário titular a responsabilidade integral pelo pagamento dos valores referentes a este uso em desacordo com o presente Contrato.

3.8. Em caso de perda do Cartão, o Usuário Titular deverá comunicar imediatamente à UNIODONTO-RN, respondendo pelas despesas indevidamente efetuadas até a data da comunicação oficial da perda.

3.8.1. A emissão da segunda via do Cartão Uniodonto acarretará no pagamento, pelo usuário, do valor de R\$ 3,00 (três reais) por Cartão.

#### **CLÁUSULA IV – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

4.1. A Contratada cobrirá os custos, em conformidade com os limites, prazo de carência e condições estabelecidas no Contrato, das despesas de assistência odontológica, conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos do Plano Odontológico editado pela ANS vigente na época do evento.

4.2. A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

4.3. Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos estão cobertos pelo presente Contrato.

4.4. O Rol de Procedimentos Cobertos consta no Anexo I adiante discriminado.

#### **CLÁUSULA V – EXCLUSÕES DE COBERTURA**

5.1. Não serão assegurados pela OPERADORA os serviços que estiverem contidos na Tabela de Atos Odontológicos Não Cobertos, discriminada no Anexo II deste Contrato.

#### **CLÁUSULA VI – DURAÇÃO DO CONTRATO**

6.1. O presente contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data da assinatura do Contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à Operadora.

6.2. O Contrato será renovado automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação, salvo manifestação formal em contrário por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias anteriores ao seu vencimento.



**CLÁUSULA VII – PERÍODOS DE CARÊNCIA**

7.1. Os usuários cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

PROCEDIMENTOS	DIAS
Procedimentos URGÊNCIA e EMERGÊNCIA	0
Consulta, Radiologia e Prevenção	30
Dentística e Exodontia Simples	60
Endodontia, Periodontia, Cirurgia (exceto Exodontia Simples)	90
Outros casos	180

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

7.3. A contagem da carência se inicia na data da assinatura da proposta de adesão pelo Usuário.

7.4. Não será exigido o cumprimento de carência se:

- a) A inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até 30 (trinta) dias da celebração do Contrato; ou
- b) O beneficiário se vincular à Contratante após o transcurso do prazo acima, e formalizar sua proposta de adesão até 30 (trinta) dias após a data de aniversário do Contrato Coletivo.

7.5. Não será exigido o cumprimento de carência para filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, para filhos naturais recém-nascidos, e nem para cônjuge, desde que a inscrição no plano seja feita em até 30 (trinta) dias da adoção, nascimento ou casamento, respectivamente.

**CLÁUSULA VIII – DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES**

8.1. Estão dispensados do oferecimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Agravo nos casos de Doença e Lesão Pré-existentes (DLP) para os planos exclusivamente odontológicos.

**CLÁUSULA IX – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

9.1. Classificam-se como procedimentos de urgência/emergência, de cobertura obrigatória por parte da Contratada:

- 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 pulp e remoção da polpa, obturação endodôntica ou núcleo existente;
- III - imobilização dentária temporária: procedimento que visa à imobilização de elementos dentais 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.

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

**CLÁUSULA X – REEMBOLSO**

10.1. 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.

10.2. O Beneficiário terá o prazo de 1 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à Contratada os seguintes documentos:



I – Requerimento, efetuado por escrito, em formulários próprios da OPERADORA, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de realização do evento;

II – Via original do documento comprobatório do pagamento das despesas pagas ao profissional autônomo e/ou à pessoa jurídica não credenciada pela OPERADORA (recebidos e notas fiscais contendo discriminação dos serviços prestados e valores correspondentes, data de emissão, data de realização do serviço, nome e carimbo com CRO do odontólogo responsável);

III – Relatório do odontólogo assistente contendo diagnósticos, tratamento efetuado, data de atendimento e as condições que caracterizaram a urgência/emergência:

- a) Nome completo do paciente;
- b) Procedimento e data de sua realização;
- c) Atuação do odontólogo;
- d) Valor dos honorários;
- e) Nome, número do Conselho Regional e CPF do odontólogo.

IV – Declaração contendo as circunstâncias da impossibilidade do atendimento no serviço próprio ou credenciado, conforme o caso.

10.3. 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 XI – MECANISMOS DE REGULAÇÃO**

11.1. Para o atendimento odontológico previsto neste contrato, o Beneficiário, verificando previamente o Guia Odontológico vigente, escolherá o cirurgião-dentista integrante da rede Contratada que atuar na área de cobertura geográfica do plano, marcando dia e hora para consulta.

11.2. O cirurgião-dentista emitirá orçamento dos atos odontológicos que deverão ser realizados, para que seja aprovado pela Contratada, exceto nos casos de urgência/emergência em que o atendimento será imediato.

11.3. 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-cooperados.

11.4. A Contratada se obriga a garantir o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de 1 (um) dia útil, a partir do momento da apresentação do plano de tratamento.

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

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

11.7. Da Divergência Técnica – Havendo situações de divergências a respeito de autorização prévia, a definição do impasse ocorrerá através de junta constituída pelo cirurgião-dentista solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por cirurgião-dentista auditor da Contratada e por um terceiro escolhido de comum acordo entre o beneficiário e a Contratada, cuja remuneração ficará a cargo desta, bem como do odontólogo do Beneficiário, se este for pertencente à rede credenciada.

11.8. Da Divulgação da Rede – No ato da contratação é entregue ao Beneficiário o Guia Odontológico, editado pela Contratada, informando a relação de seus prestadores, cirurgiões-dentistas cooperados, bem como a relação com os respectivos endereços. O Beneficiário poderá ter acesso às atualizações do Guia Odontológico na sede da Contratada, através do serviço de tele-atendimento (4009-4664) ou na Internet ([www.uniodontom.com.br](http://www.uniodontom.com.br)).

#### **CLÁUSULA XII – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE**

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



12.2. A responsabilidade pelo pagamento das contraprestações pecuniárias dos Beneficiários à Operadora será da pessoa jurídica Contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

12.3. A Contratante obriga-se a pagar à Contratada, em pré-pagamento, os valores relacionados na Proposta de Admissão, por associado, para efeito de inscrição e mensalidade, através da emissão de faturas.

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

12.5. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser realizado até o primeiro dia útil subsequente, sem cobrança de juros ou multa.

12.6. As faturas emitidas pela Contratada serão baseadas na comunicação de movimentação de permissão enviada pela Contratante, conforme item 3.5 acima descrito. A fatura se baseará nos dados disponíveis, realizando-se os acertos nas faturas subsequentes.

12.7. 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.

12.8. 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).

12.9. O beneficiário que não realizar o pagamento da sua contribuição à Contratante na forma e prazo acordado com esta, por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do Contrato, desde que seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência, poderá ser excluído do plano a pedido da Contratante. A cobrança de juros e multas sobre o débito ora referido ficará a critério da Contratante, devendo, caso opte por esta cobrança, utilizar os percentuais referidos no item anterior.

12.10. A Contratada não poderá fazer distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre beneficiários que vierem a ser incluídos no Contrato, e aqueles a este já vinculados.

### **CLÁUSULA XIII – REAJUSTE**

13.1. 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 IGP-M, da Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que o substitua, ou por livre negociação entre as partes. O índice será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de até 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês da assinatura do Contrato.

13.2. Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do Contrato, este será reavaliado, podendo ser através de livre negociação entre as partes.

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

13.4. Independente 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.

13.5. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado Contrato.

13.6. O Contrato não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão da migração e adaptação do Contrato. Lei 9656/98.

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

### **CLÁUSULA XIV – FAIXAS ETÁRIAS**

14.1. Não há diferenciação de valor da contraprestação pecuniária em relação à idade dos usuários.



**CLÁUSULA XV – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

15.1. A perda da qualidade de Beneficiário poderá ocorrer nas seguintes situações:

I – Perda da qualidade do beneficiário titular:

- a) pela rescisão do presente Contrato;
- b) pela perda do vínculo com a pessoa jurídica Contratante;
- c) por fraude praticada pelo beneficiário titular, apurada de acordo com a legislação vigente.

II – Perda da qualidade de beneficiário dependente:

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

15.2. Caberá tão-somente à pessoa jurídica Contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.

15.3. A Contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da Contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude;
- b) perda do vínculo do titular com a Contratante, ou de dependência, previstos neste Contrato.

**CLÁUSULA XVI – RESCISÃO**

16.1. O atraso no pagamento de qualquer valor contratual por período superior a 5 (cinco) implicará, mediante comunicação escrita, na **SUSPENSÃO** do Contrato, ficando suspensas aprovações de orçamentos e a execução de tratamentos não iniciados, de todos os usuários inscritos, até a efetiva regularização do débito.

16.2. O descumprimento de qualquer cláusula do presente Contrato enseja sua **RESCISÃO** mediante comunicação escrita, cabendo à parte inocente pleitear o ressarcimento de eventuais danos sofridos.

16.3. Constitui causa expressa da rescisão do contrato:

- a) fraude comprovada;
- b) a distribuição da ação ou a decretação de falência, de liquidação judicial/extrajudicial ou de recuperação judicial/extrajudicial, em face da Contratante;
- c) o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 15 (quinze) 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;
- d) as exclusões de usuários titulares e/ou dependentes, independentemente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 10 (dez) pessoas, ou ainda, nos primeiros 2 (dois) meses de vigência o mesmo número de inclusões não seja atingido;
- e) descumprimento pela Contratante ou pela Contratada das cláusulas e condições deste Contrato.

16.4. Antes do término dos primeiros 12 (doze) meses de vigência, 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;
- b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 20% (vinte por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

16.5. Após a vigência do período de 12 meses, o Contrato poderá ser rescindido imotivadamente por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com um mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

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

16.7. É de inteira responsabilidade da Contratante a comunicação aos beneficiários vinculados ao Contrato sobre a rescisão/suspensão do atendimento, não cabendo à Operadora qualquer compromisso de comunicação individual aos beneficiários sobre esta rescisão/suspensão.



**CLÁUSULA XVII – ELEIÇÃO DE FORO**

17.1. Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente Contrato, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da CONTRATANTE, renunciando-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**CLÁUSULA XVIII – ÁREA DE ATUAÇÃO/ABRANGÊNCIA**

18.1 Os seguintes municípios compõem a área de atuação e/ou de abrangência geográfica do Contrato ora assinado:

CEARÁ MIRIM-RN

GOIANINHA-RN

MACAU-RN

NATAL-RN

NOVA CRUZ-RN

PARNAMIRIM-RN

SANTA CRUZ-RN

SÃO PAULO DO POTENGI-RN

18.2 Como participante do Sistema Nacional Uniodonto, a Uniodonto-RN oferece o atendimento em todo Território Nacional, através de convênio de Intercâmbio/Reciprocidade.

E por estarem, assim justos e contratados, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais.

Natal, 12 de julho de 2010.



CONTRATANTE

Ricardo Rosenélio Soares Peixoto  
Diretor Presidente

CONTRATANTE

Gildásio Sales da Silva  
Diretor Administrativo  
CONTRATADA  
Eugênio Carlos Araújo  
Presidente

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:



**ANEXO I - Rol de Procedimentos Odontológicos Cobertos**

Classificam-se como procedimento de DIAGNÓSTICO:

- I - consulta inicial.
- II - Exame histopatológico.
- III - Teste de fluxo salivar

Classificam-se como procedimentos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:

- I - curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial.
- II - curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose.
- III - imobilização dentária temporária.
- IV - recimentação de trabalho protético.
- V - tratamento de alveolite.
- VI - colagem de fragmentos.
- VII - incisão e drenagem de abscesso extra-oral.
- VIII - incisão e drenagem de abscesso intra-oral.
- IX - reimplante de dente avulsionado.

Classificam-se como procedimentos de RADIOLOGIA:

- I - radiografia periapical.
- II - radiografia bite-wing.
- III - Radiografia oclusal.
- IV - Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)

Classificam-se como procedimentos de PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- I - atividade educativa.
- II - evidenciação de placa bacteriana.
- III - profilaxia - polimento coronário.
- IV - fluoroterapia.
- V - aplicação de selante.
- VI - condicionamento em odontologia

Classificam-se como procedimentos de DENTÍSTICA:

- I - aplicação de cariostático.
- II - adequação do meio bucal.
- III - restauração de 1 (uma) face.
- IV - restauração de 2 (duas) faces.
- V - restauração de 3 (três) faces.
- VI - restauração de 4 (quatro) faces ou faceta direta.
- VII - restauração de superfície radicular.
- VIII - núcleo de preenchimento.
- IX - ajuste oclusal.

Classificam-se como procedimentos de PERIODONTIA:

- I - raspagem supra-gengival e polimento coronário.
- II - raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal.
- III - imobilização dentária temporária ou permanente.
- IV - gengivectomia/gengivoplastia.
- V - aumento de coroa clínica.
- VI - cunha distal.
- VII - cirurgia periodontal a retalho.



Classificam-se como procedimentos de ENDODONTIA:

- I - capeamento pulpar direto – excluindo restauração final.
- II - pulpotomia.
- III - remoção de núcleo intra-radicular/corpo estranho.
- IV - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 01 (um) conduto.
- V - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 02 (dois) condutos.
- VI - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 03 (três) condutos.
- VII - tratamento endodôntico em dentes permanentes com 04 (quatro) condutos ou mais.
- VIII - retratamento endodôntico de dentes incisivos, caninos, pré-molares e molares.
- IX - tratamento endodôntico em dentes decíduos.
- X - tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta.
- XI - tratamento de perfuração radicular.

Classificam-se como procedimentos de CIRURGIA:

- I - alveoloplastia.
- II - apicectomia unirradicular.
- III - apicectomia birradicular.
- IV - apicectomia trirradicular.
- V - apicectomia unirradicular com obturação retrógrada.
- VI - apicectomia birradicular com obturação retrógrada.
- VII - apicectomia trirradicular com obturação retrógrada.
- VIII - biópsia.
- IX - cirurgia de tórus unilateral.
- X - cirurgia de tórus bilateral.
- XI - correção de bridas musculares.
- XII - excisão de mucocele.
- XIII - excisão de rânula.
- XIV - exodontia a retalho.
- XV - exodontia de raiz residual.
- XVI - exodontia simples
- XVII - exodontia de dente decíduo.
- XVIII - redução cruenta (fratura alvéolo dentária).
- XIX - redução incruenta (fratura alvéolo dentária).
- XX - frenectomia labial.
- XXI - frenectomia lingual.
- XXII - remoção de dentes retidos (inclusos ou impactados).
- XXIII - sulcoplastia.
- XXIV - ulectomia.
- XXV - hemissecção com ou sem amputação radicular.
- XXVI - redução de luxação da ATM
- XXVII - Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila
- XXVIII - punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- XXIX - tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusiais
- XXX - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/cartilagosos na mandíbula/maxila
- XXXI - tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila
- XXXII - tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução



Classificam-se como procedimentos de PRÓTESE:

- I – reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato
- II – reabilitação com coroa total de cerômero unitária (dentes anteriores) – inclui peça protética
- III – reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética
- IV – reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui peça protética
- V – reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui peça protética
- VI – coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF





**ANEXO II - Serviços Não Cobertos no Plano Coletivo por Adesão**

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) as despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar, incluindo a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, e a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesiistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) despesas não vinculadas diretamente à cobertura deste instrumento;
- l) restaurações para fins estéticos;
- m) tratamentos de endodontia sem indicação clínica, em especial para fins exclusivamente protéticos;
- n) atos de implante e prótese;
- o) os serviços de implantação/manutenção e o fornecimento de aparelhos ortopédicos ortodônticos removíveis;
- p) procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como procedimentos relacionados com a saúde ocupacional; e
- q) os procedimentos não previstos no Rol de procedimentos odontológicos vigente à época do evento.





**ANEXO III - Declaração de Leitura MPS**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que a ASSEJERN recebeu o **Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS**, antes da assinatura do presente Contrato Coletivo de Adesão ao plano odontológico da UNIODONTO-RN, bem como do Guia de Leitura Contratual, sendo também disponibilizadas cópias para leitura dos beneficiários titulares.

Natal/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO SETOR PESSOAL





# Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

## Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde; é o próprio o beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

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

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

PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS				
<p><b>CARENÇIA</b></p> <p>É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</p>	<p><b>Coletivo Empresarial</b></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="542 694 699 929">Com 30 participantes ou mais</td> <td data-bbox="542 929 699 2150">Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="454 694 542 929">Com menos de 30 participantes</td> <td data-bbox="454 929 542 2150">É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</td> </tr> </table> <p><b>Coletivo por Adesão</b></p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração do contrato made entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado a pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato; e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.	Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.				
Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.				



	<p>etária e o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo taxas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária e o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo taxa e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
<b>ALTERAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</b>	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por produção de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
<b>VIGENCIA</b>	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
<b>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</b>	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em dias hipotéticos. Operadora não pode ocorrer em dias hipotéticos. Operadora e/ou por não pagamento da mensalidade por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário que atente às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral motivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

### **Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos**

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

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

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No

caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantém vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período da manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

## Guia de Leitura Contratual

### PLANO COLETIVO POR ADESÃO

		Página do Contrato
<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina-se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	01
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	01
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	NA*
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência: estadual, grupo de estados; grupo de municípios ou municipal.	01/09
<b>COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	Anexo I
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previstos na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	Anexo II
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes – DLP – são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	NA*



<b>CARÊNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.	05
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.	06
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.	01/04
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.	08
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.	07
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e na regulamentação.	NA*

\* NÃO SE APLICA

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

**ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO**

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP. 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Ministério  
da Saúde



Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)