

**CONTRATO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE**

SEGMENTAÇÃO: ODONTOLÓGICO

CONTRATAÇÃO: COLETIVO EMPRESARIAL

**NÚMERO DO REGISTRO DA OPERADORA
NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR –
ANS 41.342-9**

| NÚMERO DO REGISTRO DE PRODUTO NA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS | |
|---|---------------------|
| PLANO | Nº REGISTRO |
| UNIDENTIS VIP EMPRESARIAL | 463.229/10-0 |

Rua Corálio Soares de Oliveira, 433 - Edf. Atrium - Sala 02 - Centro
CEP: 58013-260 - CNPJ: 04.222.989/0001-39 - Fone/Fax: (83) 3044-3000 - João Pessoa - PB

Site: www.unidentis.com.br **ANS - Nº 413429**

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

UNIDENTIS ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA, inscrita no CNPJ sob o número 04.222.989/0001-39, com sede à Rua Corálio Soares de Oliveira, 433, Edifício Atrium, sala 02-Centro - João Pessoa-Pb, CEP 58013-260, inscrita na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o número 41342-9 e classificada como Odontologia de Grupo doravante denominada Operadora.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA QUALIFICAÇÃO DA CONTRATANTE

SIND. DAS EMP. DE TRANSP. COL. UPB. NO MUN. DE JP. Pessoa jurídica de direito privado, com sede a RUA TELE DE MAIO, Nº 103, CENTRO, JOÃO PESSOA PARAÍBA CNPJ 30.116.132/0001-69 Insc. Estadual 15576 representada por ALBERTO REBELO NASCIMENTO (PRESIDENTE) doravante denominado (a)Contratante.

As partes assim acordam consoantes as cláusulas abaixo:

CLÁUSULA TERCEIRA - DO NOME COMERCIAL E Nº DO REGISTRO DO PLANO NA ANS

3.1 O Plano contratado pelo presente instrumento é o:

| PLANO | Nº REGISTRO |
|---------------------------|--------------|
| UNIDENTIS VIP EMPRESARIAL | 463.229/10-0 |

CLÁUSULA QUARTA - DO TIPO DE CONTRATAÇÃO

4.1 A modalidade deste contrato de assistência à saúde é **coletivo empresarial** é aquele que oferece cobertura de atenção prestada à população delimitada e vinculada à CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

CLÁUSULA QUINTA - DA SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

5.1 A segmentação contratual (Cobertura) é a Odontológica nos termos da Lei 9.656/98.

CLÁUSULA SEXTA – DA ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

6.1 A assistência odontológica definida no presente contrato será prestada em todo território nacional.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA ÁREA DE ATUAÇÃO

7.1 A comercialização dos planos de saúde mencionados neste contrato poderá ser realizada pela **CONTRATADA** nas cidades onde possua representação, ficando a atuação limitada à área geográfica de abrangência, descrita na cláusula 6.1.

CLÁUSULA OITAVA - DA FORMAÇÃO DE PREÇO

8.1 As mensalidades serão cobradas mediante sistema de pré-pagamento, ou seja, independentemente da efetiva utilização dos serviços contratados, respeitadas as coberturas e exclusões contratuais, sendo o valor da fatura calculado de acordo com os valores preestabelecidos expressos na proposta de admissão.



CLÁUSULA NONA - DOS ATRIBUTOS DO CONTRATO

9.1 Este instrumento particular tem por objetivo regular a prestação de assistência odontológica, sob a forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, observando o disposto no art. 1º, 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.

9.1.1 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 DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

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

10.1.1 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 (a), havendo união estável na forma da lei, sem eventual concorrência como cônjuge, salvo por decisão judicial;
- c) Os filhos e enteados;
- d) Os tutelados e os menores sob guarda;
- e) Filho (a) com deficiência física, independentemente da idade;
- f) Grupo familiar com parentesco até terceiro grau por consangüíneo e segundo grau por afinidade.

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

10.3 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.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

11.1 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 e Eventos em Saúde, editado pela ANS vigente à época do evento, 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:

A. DIAGNÓSTICO:

- I. Consulta inicial
- II. Exame histopatológico

B. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA 24h:

- I. Hemorragia bucal/labial
- II. Odontalgia aguda
- III. Pulpectomia

- IV. Imobilização dentária temporária
- V. Recimentação de trabalho protético
- VI. Tratamento de alveolite
- VII. Colagem de fragmentos
- VIII. Incisão e drenagem de abscesso extra-oral
- IX. Incisão e drenagem de abscesso intra-oral
- X. Reimplante de dente avulsionado

C. RADIOLOGIA:

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

D. PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL:

- I. Atividade educativa
- II. Evidenciação de placa bacteriana
- III. Profilaxia
- IV. Fluoroterapia
- V. Aplicação de selante

E. DENTÍSTICA:

- I. Restauração em amálgama
- II. Restauração em resina fotopolimerizável
- III. Faceta direta em resina fotopolimerizável
- IV. Restauração de ângulo
- V. Restauração a pino
- VI. Restauração de superfície radicular
- VII. Núcleo de preenchimento
- VIII. Ajuste oclusal

F. PERIODONTIA:

- I. Raspagem supra-gengival e polimento coronário
- II. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/curetagem de bolsa periodontal

Two handwritten signatures in blue ink are present on the right side of the page. The first signature is a stylized 'C' or 'S' shape. The second signature is more complex, resembling a stylized 'G' or 'B' shape.

III. Imobilização dentária temporária ou permanente

IV. Gengivectomia/Gengivoplastia

V. Aumento de coroa clínica

VI. Cunha distal

VII. Tratamento cirúrgico de bolsas periodontais

VIII. Cirurgia periodontal a retalho

IX. Sepultamento radicular

G. ENDODONTIA:

I. Capeamento pulpar direto

II. Remoção de núcleo intracanal

III. Tratamento endodôntico em dentes com 01,02,03 e 04 condutos

IV. Retratamento endodôntico

V. Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta

VI. Tratamento de perfuração radicular

H. ODONTOPEDIATRIA:

I. Aplicação de selante

II. Aplicação tópica de flúor

III. Condicionamento em odontologia

IV. Pulpotomia

V. Exodontia de dente decíduo

I. CIRURGIA:

I. Alveoloplastia

II. Apicectomia sem obturação retrógrada

III. Apicectomia com obturação retrógrada

IV. Biópsia

- V. Cirurgia de remoção de tórus
- VI. Correção de bridas musculares
- VII. Excisão de mucocele;rânula
- VIII.Exodontia de raiz residual (extração)
- IX. Redução cruenta (fratura alvéolo dentária)
- X. Redução incruenta (fratura alvéolo dentária)
- XI. Frenectomia labial;lingual
- XII. Remoção de dentes retidos, semi inclusos, inclusos ou impactados
- XIII. Remoção de hiperplasia
- XIV. Sulcoplastia
- XV. Ulectomia
- XVI. Ulotomia
- XVII. Hemissecção com amputação radicular
- XVIII. Enucleação de cisto
- XIX. Cirurgia de tumor odontogênico e osteogênico
- XX. Tratamento cirúrgico de fistula buco sinusal
- XXI. Exérese de pequenos cistos de mandíbula
- XXII. Punção aspirativa de agulha simples
- XXIII. Coleta de raspado em lesões
- XXIV. Redução de luxação de ATM

J. **PRÓTESE:**

- I. Coroa provisória com ou sem pino
- II. Coroa de acetato, aço ou policarbonato em dente decíduo
- III. Coroa total em cerômero
- IV. Restauração metálica fundida
- V. Núcleo de preenchimento
- VI. Núcleo metálico fundido

- VII. Pino pré fabricado
- VIII. Provisório para restauração metálica fundida
- IX. Coroa total metálica

K. ORTODONTIA

- I. Incluindo a instalação do aparelho fixo sem custos para o beneficiário

11.2 A cobertura odontológica compreende os procedimentos realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológica, 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, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, dentro dos recursos próprios ou contratados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

12.1 São excluídos da cobertura:

- I. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II. Procedimentos odontológicos para fins estéticos;
- III. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- IV. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- V. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- VI. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- VII. Procedimentos buco-maxilares que necessitarem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- VIII. Estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar, bem como os exames complementares solicitados para este fim;
- IX. Procedimentos odontológicos não previstos no Rol de Procedimentos e Evento sem Saúde da ANS vigente à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA DURAÇÃO DO CONTRATO

13.1 Este contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses, sendo seu início a partir do pagamento da primeira fatura correspondente a mensalidade do (s) beneficiário (s).

13.1.1 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 DÉCIMA QUARTA - DOS PERÍODOS DE CARÊNCIA

14.1 Não haverá carência para nenhum tipo de procedimento.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DOENÇAS E LESÕES PRÉ-EXISTENTES

15.1 Este item não se aplica aos termos deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

16.1 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 da 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 sofreram fratura, através da utilização de material dentário adesivo;
- VI. Incisão e drenagem de abscesso extraoral: consiste em incisão na face e posterior drenagem do abscesso;
- VII. Incisão e drenagem de abscesso intraoral: consiste em incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem do abscesso;
- VIII. Reimplante de dente avulsionado: consiste na recolocação do dente no alvéolo dentário e consequente imobilização;

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

16.2 DO REEMBOLSO

16.2.1 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.

16.2.2 O beneficiário terá o prazo de 01 (um) ano para solicitar o reembolso, devendo para tanto apresentar à CONTRATADA os seguintes documentos:

- a) Relatório do odontólogo contendo diagnóstico; tratamento efetuado; data do atendimento e as condições que caracterizaram a emergência;



- b) Recibos individuais quitados dos honorários odontológicos e se tratando de pessoa jurídica, nota fiscal quitada, em ambos os casos deverão ser discriminados os seguintes dados: nome completo do paciente; procedimento e data de sua realização; atuação do odontólogo; valordos honorários; nome, número do conselho Regional e CPF doodontólogo.

16.2.3 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 DÉCIMA SÉTIMA – DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

17.1 Para a utilização de serviços de prestadores relacionados no Guia Odontológico, o Beneficiário deverá apresentar o cartão de identificação da CONTRATADA com um documento de identidade, 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 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 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, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

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 e assinada também pelo Beneficiário.

17.5 Em caso de divergências de natureza odontológica, relacionadas aos serviços objeto do Contrato, fica garantida ao Beneficiário a formação de uma junta odontológica, composta por três membros, sendo um nomeado pelo Beneficiário, outro pela CONTRATADA e um terceiro, desempatador, 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.

17.7 A remuneração do terceiro desempatador será paga pela CONTRATADA.

17.8 Guia Odontológico 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.

17.8.1 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.

17.8.1.1 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 – DA FORMAÇÃO DE PREÇO E MENSALIDADE

18.1 O valor a ser pago pela cobertura assistencial contratada é pré-estabelecido, ou seja, o pagamento da contraprestação pecuniária é efetuado antes da utilização das coberturas contratuais.

18.1.2 A responsabilidade pelo pagamento total da contraprestação pecuniária será da pessoa jurídica contratante, salvo os casos dos artigos 30 e 31 da Lei9656/98.

18.1.3 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.

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

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

18.1.6 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.

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

18.1.8 Ocorrendo impontualidade no pagamento da mensalidade, serão cobrados juros de mora de 0,33% ao mês, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento). 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 este já vinculados.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO 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 IPCA/IBGE. Este será apurado no período de 12 meses consecutivos, com uma antecedência de 30 dias em relação à data-base de aniversário, considerada esta 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 65% (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.

19.2.2 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

19.2.3 Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por semestralidade, 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.

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

19.4 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.

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

19.6 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas contratos à Lei 9656/98.

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS FAIXAS ETÁRIAS

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS 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.

a) O período de manutenção da condição de beneficiário para o ex-empregado aposentado será: 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.

21.3 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);

21.4 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);

21.5 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);

21.6 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;

21.7 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);

21.8 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).

21.9 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.

21.10 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.

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

21.11.1 No caso de cancelamento do benefício do plano privado de assistência à saúde oferecido 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;

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA– DAS CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

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

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.

- 22.2 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) fraude praticada pelo beneficiário dependente, apurada de acordo com a legislação vigente.
- 22.3 Caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
- 22.4 A contratada só poderá excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
- a) fraude;
 - b) perda do vínculo do titular com a pessoa jurídica contratante ou de dependência, previstos neste contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.
- 22.5 Caso o beneficiário titular ou dependente queira proceder a sua exclusão do plano, fora das condições previstas na presente cláusula, será devida a penalidade correspondente 30% (trinta por cento) sobre o valor das parcelas vincendas para completar 12 (doze) parcelas pagas ao plano, isso se o beneficiário proceder a sua exclusão no primeiro ano do contrato, caso contrário, não haverá penalidade.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO

O contrato poderá ser rescindido, nas seguintes situações:

- 23.1 Por solicitação da CONTRATANTE, mediante comunicação por escrito à CONTRATADA, com no mínimo 60 (sessenta) dias do vencimento, período em que as partes deverão cumprir integralmente com as suas obrigações contratuais.
- 23.2 No caso de inadimplência da CONTRATANTE representada pelo 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;
- 23.3 Quando a CONTRATANTE ou seu responsável não fizer declarações verdadeiras, omitindo informações em prejuízo da CONTRATADA;
- 23.4. Descumprimento pela CONTRATANTE ou pela CONTRATADA das cláusulas e condições deste Contrato;
- 23.5 Decretação de falência, deferimento de concordata ou dissolução da sociedade.

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

- a) Quando motivada por uma das hipóteses previstas no item anterior, sem qualquer ônus; ou
- b) imotivadamente, condicionando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa pecuniária equivalente ao valor das mensalidades vincendas que seriam devidas até o término do cito prazo.

O contrato somente poderá ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias, sem ônus.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 Integram este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão assinada pelo (a) Contratante, o Guia Odontológico, o Cartão de Identificação, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

24.2 Os usuários com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

24.3 São adotadas as seguintes definições:

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 possuem 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 freqüência 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.

CARTÃO INDIVIDUAL DE IDENTIFICAÇÃO: cédula onde se determina a identidade do beneficiário e código de inscrição.

GUIA ODONTOLÓGICO: relação, com os respectivos endereços, dos dentistas credenciados, clínicas, com destaque para os locais de atendimento de urgência e emergência.

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 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.

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.

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

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 vigentes à época do evento.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA ELEIÇÃO DO FORO

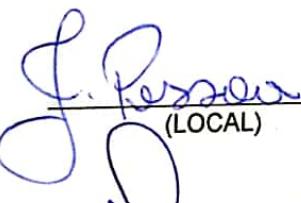
Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da CONTRATADA, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.

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 vigentes à época do evento.

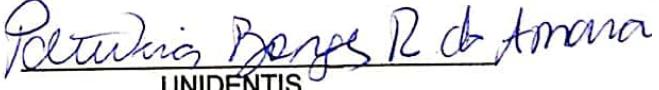
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA ELEIÇÃO DO FORO

Para dirimir qualquer dúvida sobre o presente contrato, fica eleito o Foro da CONTRATADA, renunciando-se qualquer outro por mais privilegiado que seja.


(LOCAL)


05/03/2018

GARANTANTE:
Alberto Pereira do Nascimento
Presidente


UNIDENTIS

CNPJ: 04.222.989/0001-39

UNIDENTIS - Assistência Odontológica Ltda.

Rua Corálio Soares de Oliveira, 433 - Sala 02
Centro - CEP: 58.013-260
João Pessoa-PB

TESTEMUNHAS:


Nome: Artur Galvão Tindeo
CPF: _____
Nome: ADVOGADO
CPF: OAB-PB 10.424

Nome: _____
CPF: _____